

«Når noen en har ansvar for evner å ta livet sitt»

Helsepersonell som etterlatte etter selvmord

Synne Otilie Hansen Bamrud



Master i psykososialt arbeid-
selvmord, rus, vold og traumer.

Institutt for klinisk medisin
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

28.04.2014

Helsepersonell som etterlatte etter selvmord

«Hvordan beskriver sykepleiere på en psykiatrisk akuttpost sine erfaringer og opplevelser av å miste en inneliggende pasient i selvmord?»

© Synne Otilie Hansen Bamrud

2014

«Når noen en har ansvar for evner å ta livet sitt»

Synne Otilie Hansen Bamrud

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for klinisk medisin
Boks 1078 Blindern, 0316 Oslo

Navn: Synne Otilie Hansen Bamrud	Dato: 28.april.2014
Tittel og undertittel: Helsepersonell som etterlatte etter selvmord: «Når noen en har ansvar for evner å ta livet sitt.»	
Sammendrag: Hensikt: Studiens hensikt er å se på sykepleiere som egen gruppe i kategorien «etterlatte helsepersonell». En kartlegging av deres opplevelse og erfaring vil kunne bidra til å bedre oppfølgingsrutiner av helsepersonell etter selvmord av inneliggende pasienter. Bakgrunn: Helsepersonell som jobber med mennesker i krise vil med stor sannsynlighet oppleve et selvmord i løpet av sin karriere. En slik opplevelse kan prege en på mange ulike måter. Jeg ønsker å skape større forståelse for hvordan sykepleiere på en psykiatrisk akuttpost erfarer en slik hendelse og hvilken oppfølging som er av betydning etter et selvmord. Problemstilling: «Hvordan beskriver sykepleiere på en psykiatrisk akuttpost sine erfaringer og opplevelser av å miste en inneliggende pasient i selvmord?» Design og metode: I studien er det benyttet en kvalitativ metode med et beskrivende og utforskende design. Data er hentet gjennom kvalitative, semistrukturerte, individuelle intervjuer. Det er intervjuet seks spesialsykepleiere fra psykiatriske akuttavdelinger for å få frem den enkeltes opplevelse. Studien har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Resultater: Informantene beskriver reaksjoner som sjokk, sorg, skyld og selvbebreidelse etter pasientens selvmord. Sykepleiernes reaksjon henger sammen med deres relasjon til pasienten, deres relasjon til pårørende og hvor involvert de var i hendelsen. Informantene fremhevet at det som hjalp dem etter selvmordet var å komme raskt tilbake på jobb, støtte i eget fellesskap og en psykologisk autopsi av hendelsen. Flere av informantene tenkte fortsatt på hendelsen i dag. Oppsummering: I studien ser vi at helsepersonell har flere av de samme reaksjonene som etterlatte pårørende etter et selvmord. Hos sykepleierne var skyldfølelsen sentral og dette kan knyttes til det ansvaret en har som sykepleier for å ivareta pasienten. Studien har også vist at oppfølgingsrutinene for ivaretagelse av helsepersonell etter pasientselvmord varierer fra avdeling til avdeling. Det er funnet at enkelte elementer bør være tilstede i oppfølgingsplanen for å oppnå en optimal debrief. Det understreker at det er et behov for en nasjonal veileder for oppfølging av helsepersonell etter selvmord.	
Nøkkelord: Sykepleiere, etterlatte, pasient, selvmord, psykiatrisk akuttpost, oppfølging.	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for klinisk medisin
Boks 1078 Blindern, 0316 Oslo

Name: Synne Otilie Hansen Bamrud	Date: 28.04.2014
Title and subtitle: Health workers as suicide survivors: «When someone you are responsible for manages to take their own life.	
Abstract: The purpose of this study is to look closer at nurses as a separate group in the category "health workers as suicide survivors". A study of their experience will contribute to a better support procedure by health workers after suicide of inpatients. Health professionals who work with people in crisis will most likely experience a suicide in the course of his or her career. Such experience may affect one in many different ways. I want to create a greater understanding of how nurses in a psychiatric acute ward experience such an event and follow-up, and what they see as important after experiencing a suicide. This study has a qualitative method and a descriptive and exploratory design. Data were collected through qualitative, semi-structured individual interviews. Six psychiatric nurses from psychiatric acute wards were interviewed about their individual experience after a patient suicide. The study has a phenomenological - hermeneutic approach. The informants in the study describe shock, grief, guilt and self-blame as main reaction to the inpatient suicide. How strongly they reacted after the suicide was related to the nurses' relationship with the patient, with the bereaved relatives and how involved they were in the incident. It's difficult to know exactly what one needs after such an experience, but the informants appointed three things that helped them after the suicide. To quickly return to work, support within their workplace and a psychological autopsy. Many of the informants still thought about the incident today. In this study, it is found that health workers have similar reactions as bereaved relatives, after a suicide. There are rather few incidents that induce such a strong feeling of guilt, then a suicide. The nurses' guilt was related to the responsibilities one has as a nurse, to attend to the patient. The study has shown that follow-up procedures after a suicide vary from department to department. In the study it is revealed that certain elements should be present in suicide follow-up procedures to get an optimal debrief. This confirms that there is a need for national guidelines for helping health workers as suicide survivors. As of today such guidelines doesn't exist.	
Key words: Nurse, suicide, survivor, patient, psychiatric ward, support	

*«Det nærmet seg midnatt.
Det var helt mørkt i rommet og døren stod på gløtt.
Jeg tittet inn. Lå hun i sengen?
Nei, det var bare dynen. Hun er vel på badet da, tenkte jeg.
Jeg kikket bort mot baderomsdøren. Rart.
Skjermbrettet var satt opp slik at det hindret sikten.
Jeg skrudde på lyset. Det var da jeg så det. Skjerfet hun hadde festet.
Å nei! På ett sekund var jeg på andre siden av skjermbrettet.
Det synet som møtte meg vil jeg aldri glemme.
Hun hang der. Livløs. Gusten i huden og blålig på leppene.
Jeg fikk løsnet skjerfe fra halsen hennes og startet hjerte-lunge-redning.
Etter hvert kom det flere til og stansteamet overtok.
De tok henne med til medisinsk overvåking.
Det var siste gang jeg så henne..»*

Forord

For snart fem år siden opplevde jeg for første gang å bli etterlatt helsepersonell. Historien på forrige side er et utdrag fra den natten. Dette skjedde i mitt første arbeidsår som sykepleier og historien har jeg båret med meg siden.

Selv mord er en handling som både skremmer og berører. Gjennom denne studien har jeg lært mye om hvordan sykepleiere opplever å miste en pasient i selvmord. Jeg har fått høre historier som både har berørt meg og lært meg noe om meg selv.

Tiden for denne arbeidsprosessen er over og det mange som fortjener en takk. Forskning på opplevelsen av å miste en inneliggende pasient i selvmord, på en psykiatrisk akuttpost, hadde ikke vært mulig uten hjelp. Takk til enhetsledere og andre som har hjulpet meg med å få tak i informanter til studien. Jeg setter pris på at dere har lånt bort personal i arbeidstiden og satt av tid til dette.

Takk til mine informanter som sa ja til å stille opp og villig delte med seg av erfaring og opplevelser. Jeg har satt pris på de historiene jeg har hørt og deres refleksjoner rundt en svært vanskelig situasjon. Dere har bidratt med viktig kunnskap og innsikt på et vanskelig tema, og dere har gitt meg mye mer enn bare et rikt materiale til studien.

Takk til min veileder, Gry Bruland Vråle, for støttende og god veiledning underveis. Du har vært raus med å gi av både deg selv og din tid. Jeg setter umåtelig stor pris på din faglige kunnskap, ditt engasjement og ditt gode humør. Du har klart å motivere meg både i motgang og medgang, og din glede for faget har smittet over på meg. Du har vært en god lytter og vist forståelse når jeg har rynket på nesen. Takk for et godt samarbeid.

Til slutt vil jeg takke min kjære søster for gjennomlesing, gode innspill og konstruktive tilbakemeldinger på oppgaven. Du har gitt meg god støtte og hjelp underveis, og vist forståelse for hvor krevende arbeidet med en masteroppgave i perioder kan være.

Oslo, april 2014

Synne Otilie Hansen Bamrud

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.1.1	Studiens hensikt.....	2
1.1.2	Problemstilling	2
1.2	Avgrensing av oppgaven	3
1.3	Disposisjon	3
2	TEORI	4
2.1	Litteraturgjennomgang	4
2.2	Selv mord.....	4
2.2.1	Selv mord som fenomen.....	6
2.3	Psykisk helsevern	7
2.3.1	Psykiatrisk akuttpost	7
2.3.2	Selv mordsrisikovurdering	8
2.3.3	Tilsyn og kontinuerlig observasjon	9
2.3.4	Selv mord i psykiatrisk akuttpost	9
2.4	Psykiatrisk sykepleie	10
2.4.1	Helsepersonells relasjon til pasienten	11
2.4.2	Etiske prinsipper.....	11
2.5	Etterlatte.....	12
2.5.1	Samarbeid med pårørende	13
2.6	Oppfølging.....	14
3	METODE	16
3.1	Metodisk valg og design.....	16
3.1.1	Intervju som metode.....	17
3.2	Forskningsfelt og utvalg	17
3.3	Praktisk forberedelse og gjennomføring av intervju	19
3.4	Etikk.....	20
3.5	Transkribering	21
3.6	Analyse	21
3.6.1	Malteruds fire analysetrinn.....	22
3.7	Metodekritikk	24

3.7.1	Forskerens rolle	26
4	RESULTATER	27
4.1	Reaksjon og refleksjon	27
4.1.1	«Det ansvaret en har går det jo ikke an å kvitte seg med»	28
4.1.2	«Han må ha vært ekstremt fortvilet»	29
4.2	Relasjoner	29
4.2.1	«Han var for eksempel spesiell for meg»	30
4.2.2	«Å ha god kontakt med familien»	31
4.3	Å komme tilbake på jobb.....	32
4.3.1	«Redselen for å skulle oppleve dette igjen»	33
4.4	Oppfølging.....	34
4.4.1	«Selvfølgelig skal ikke du jobbe»	34
4.4.2	«Jeg har ikke bedt om så mye heller»	36
4.4.3	«Jeg har veldig trua på å jobbe igjen»	36
4.4.4	«Å ha støtte i eget fellesskap»	37
4.4.5	«Jeg kan jo fortsatt den dag i dag plutselig tenke på det»	38
5	DRØFTING.....	39
5.1	Etterlatte helsepersonell.....	39
5.1.1	Utfordringer for etterlatte helsepersonell	41
5.2	Å tvile på eget arbeid og seg selv	42
5.2.1	Ansvar og skyldfølelse	43
5.2.2	Etisk refleksjon.....	44
5.2.3	«Det finnes dødelige sykdommer i psykiatrien»	45
5.3	Relasjonens betydning	46
5.3.1	Relasjonen til pårørende	47
5.4	Tilbake på jobb, frykt for å oppleve det igjen	48
5.5	Oppfølging.....	49
5.5.1	Prosedyrer og retningslinjer	49
5.5.2	Hva hjelper etter en slik hendelse?.....	51
5.6	Tenke på det i dag.....	53
6	OPPSUMMERING	55
6.1	Opplevelse	55
6.2	Oppfølging.....	56

6.3 Veien videre.....	57
Litteraturliste	60
Vedlegg	64
Figur 1: Eksempel på fargekoding i transkripsjonene, inndelt etter ulike tema.....	23
Figur 2: Tekstboken er en illustrasjon for å vise hvordan jeg har arbeidet med analysen.	23

1 INNLEDNING

Hvert år tar ca. 530 mennesker i Norge livet sitt. Av disse er ca. 1/3 kvinner og 2/3 menn (Statistisk sentralbyrå, 2013a). Nesten 25 % av alle selvmord i Norge begås av mennesker som har vært innlagt på en psykiatrisk avdeling (Helsetilsynet, 2011a). Alle selvmord som skjer mens en pasient er under psykisk helsevern skal meldes til helsemyndighetene (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). I 2009 ble det meldt om 118 selvmord i psykisk helsevern. Det er i midlertid vanskelig å måle et eksakt tall fordi en ikke vet hvor stor underrapporteringen er (Helsetilsynet, 2011a). Flere dødsfall som er rapportert fra psykisk helsevern har av ulike grunner ukjent dødsårsak. Det kan for eksempel ved overdosedødsfall være vanskelig å fastslå om hensikten var selvmord (Helsetilsynet, 2011b). I følge Statistisk sentralbyrå (2013b) er den hyppigste selvmordsmetoden i Norge kvelning og henging. I meldinger fra psykisk helsevern er gift den nest hyppigste selvmordsmetoden (Helsetilsynet, 2011a).

Det er mange som blir berørt direkte eller indirekte etter et selvmord. Det er ikke bare de nærmeste pårørende som blir etterlatte, men også venner, naboer, kolleger og skolekamerater. Etterlatte kan også inkludere medpasienter, behandlere og helsepersonell. En kan forsiktig anslå at etter hvert selvmord vil 20 personer være etterlatte i en av disse kategoriene (Mehlum, 1999). Mange pasienter som er til behandling på en døgninstitusjon er innlagt over lengre tid, eller har hatt flere innleggelser. Det gir personalet mulighet til å bli godt kjent med pasienten. Dette er en studie om sykepleieres rolle som etterlatte

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Grad (1999) sier at en tredjedel av alt helsepersonell som arbeider med mennesker i krise, vil oppleve selvmord hos en pasient de første årene i sin karriere. Resten vil oppleve det senere. Gjennom flere år med klinisk arbeid i psykiatrien har jeg erfart at flere inneliggende pasienter har tatt sitt liv, men det er spesielt ett tilfelle som har gjort inntrykk på meg.

Hvert tilfelle er unikt. Jeg følte på skyld, skam, sorg, sinne og dårlig samvittighet over at jeg ikke hadde gjort jobben min. Jeg tenkte også at det kanskje var godt vedkommende fikk slippe og at hadde det ikke skjedd da, så hadde det skjedd en annen gang. Opplevelsen har preget meg på mange måter og fulgt meg i arbeidslivet. Jeg mener erfaringen har styrket meg,

formet meg og gjort meg til en bedre sykepleier. Enten en er pårørende eller profesjonell så kan et selvmord oppleves som en krise (Vråle, 2009). Selv om det var en påkjenning har jeg lært mye av hendelsen. Jeg har blitt kjent med mitt reaksjonsmønster, hvordan jeg håndterer kriser, selvmordsrisikovurdering og hvor sårt det kan være å miste en pasient. Jeg har reflektert mye over opplevelsen i ettertid og hendelsen har økt min interesse for fagfeltet suicidologi.

1.1.1 Studiens hensikt

Å arbeide tett med mennesker i krise kan være krevende. Det å bli utsatt for kontakt med den mest smertefulle delen av menneskelivet, gjennom andres tap og traumer, har vist seg å være en større risiko enn først antatt (Bang, 2003). Hensikten med studien er å se på sykepleiere som egen gruppe i kategorien «etterlatte helsepersonell». Mitt ønske er at studien kan bidra til å skape større forståelse for hvordan sykepleiere på en psykiatrisk akuttpost opplever å miste en pasient i selvmord, som de er har et medansvar for. Gjennom å kartlegge sykepleieres opplevelse og erfaring kan det skaffes kunnskap om hvilken oppfølging de har behov for. Jeg har ikke som mål å etablere nye forståelsesrammer rundt fenomenet, men hente frem nyanser ved det. Jeg håper studien kan bidra til bedre oppfølgingsrutiner av helsepersonell etter selvmord av inneliggende pasienter.

1.1.2 Problemstilling

For å forske på dette området har jeg valgt et todelt fokus hvor jeg ser på hvordan sykepleiere erfarer en slik opplevelse og hvilken oppfølging de fikk. Jeg har valgt å utdype problemstillingen med to forskningsspørsmål.

Problemstilling:

«Hvordan beskriver sykepleiere på en psykiatrisk akuttpost sine erfaringer og opplevelser av å miste en inneliggende pasient i selvmord?»

Forskningsspørsmål:

«Hvordan beskriver sykepleierne sin opplevelse?»

«Hvordan beskriver de oppfølgingen de fikk?»

1.2 Avgrensing av oppgaven

Studien er avgrenset til psykisk helsevern for voksne og har fokus på avdelinger hvor sykepleiere arbeider med mennesker i den akutte selvmordskrisen. Informantene som har deltatt i studien jobbet på en psykiatrisk akuttpost. Det er her den første «brannslukkingen» av kriser finne sted. Det er komplekst og utfordrende, både faglig og følelsesmessig, med selvmordsforebyggende arbeid innen psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

I studien er det sykepleiere som er intervjuet. Behandlere, ekstravakter og annet miljøpersonell er utelatt. Sykepleiere på psykiatriske akuttposter observerer og følger pasienten gjennom hele døgnet. Det er behandlerne som bestemmer tilsyn og utgangstatus for pasientene, ofte på bakgrunn av de relasjonelle observasjoner og vurderingene sykepleierne rapporterer (Mjøsund, 2003). Dette setter sykepleiere i en særstilling for ivaretagelse av selvmordsnære pasienter. Når en pasient blir innlagt har sykepleiere et faglig, etisk og personlig ansvar for den sykepleien de utøver (Norsk sykepleierforbund, 2011).

1.3 Disposisjon

Oppgaven består av seks hovedkapitler. I kapittel to gjøres det rede for oppgavens teoretiske referanseramme. Her vil det være en teoretisk utgreiing av begreper og tema som er essensielle i oppgaven, samt en gjennomgang av tidligere forskning på området. Oppgavens tredje kapittel omhandler studiens vitenskapelige og teoretiske forankring. Her vil jeg beskrive mine metodiske valg og hvordan analysen ble gjennomført etter Malteruds analysemodell. Resultatene av forskningen blir presentert i oppgavens fjerde kapittel. Her blir funnene fra analysen lagt frem og underbygd med sitater fra informantene som har deltatt i studien. I det femte kapittelet drøftes resultatene i lys av faglitteratur. Til slutt i oppgavens sjette kapittel er det en oppsummering over hva oppgavens essens er. Studiens reflekterende konklusjoner blir lagt frem med forslag til hvordan en kan anvende denne kunnskapen videre.

2 TEORI

2.1 Litteraturgjennomgang

En litteraturgjennomgang viser at forskning knyttet til det å miste en pasient i selvmord ofte omtaler terapeuters reaksjoner, både i forskningsartikler og fagbøker. Det finnes lite spesifikt om psykiatriske sykepleiere som etterlatte ved pasienters selvmord, men det finnes noe om helsepersonell som etterlatte. Litteratur generelt om etterlatte pårørende etter selvmord og ivaretagelse av dem, finnes det mye om. Dette bør kunne knyttes både til pårørende og helsepersonell, da de har noen av de samme reaksjonene. De fleste artiklene som har vært aktuelle for denne studien har tidligere vært publisert i tidsskriftet «Suicidologi». Jeg har søkt direkte i flere tidsskrifter og gjort manuelle søk gjennom Bibsys. I tillegg har jeg tatt utgangspunkt i fagbøker og artiklers referanselister for å finne frem til aktuelle kilder.

Jeg har gjennomført elektroniske søk i databasene PubMed, Medline og PsycINFO (Ovid). Søkene ble avgrenset til nordiske og engelskspråklige artikler fra de siste ti årene. De viktigste søkeordene er «suicide», «patient», «nurse», «psychiatry», «relations» og ulike kombinasjoner av disse. Et eksempel på et søk i Pubmed var med MeSH termene «Suicide, patients og psychiatry». Jeg fikk 19 treff, der to artikler var av interesse: «Patient Suicide: A Survey of Therapists' Reactions» (Wurst et al., 2010) og «Encountering Patient Suicide: The Role of Survivors» (Sudak, 2007).

2.2 Selvmord

Ordet selvmord ble etablert på 1500-tallet i skandinaviske land. I studien har jeg valgt å benytte begrepet selvmord fremfor suicid, selv om suicid i dag ofte brukes internasjonalt (Retterstøl et al., 2002). Jeg har vært bevisst på å bruke uttrykket «å ta sitt liv» fremfor «å begå selvmord». Dette fordi «å begå» er et uttrykk som kan minne om en kriminell handling og kan derfor oppleves belastende (Retterstøl et al., 2002). Selvmord kan beskrives som den mest ensomme handling en person kan gjøre, samtidig som den er svært oppsiktsvekkende og berørende (Vråle, 2009). Selvmord berører ikke bare individet, men også de nærmeste omgivelsene og samfunnet (Retterstøl, Ekeberg, & Mehlum, 2002).

Suicidologi er læren om selvmord, selvmordsforebygging og alt som har med selvmordsproblematikk å gjøre. Det finnes flere måter å forstå selvmord på. Suicidologi er ikke et enhetlig fagområde, men sammensatt selvmordsrelatert viten fra flere disipliner. Det er ulike deler av suicidologien som spiller inn når en skal danne seg forståelse av enkeltindivids selvmordsatferd. Forståelsen baseres på ulike fagområder som filosofi, teologi, sosiologi, psykiatri/medisin, genetikk, biologi/biokjemi, jus, sosiokulturelle forhold, demografi og psykologi. Suicidologien har vært preget av til dels konkurrerende forståelsesmodeller. Disse inneholder både ulike teoretisk forståelse og ulike anbefalinger i forhold til forebygging, tidlig intervensjon og behandling. Dette er ikke nødvendigvis et problem, men for suicidale individer og deres nærmeste kan konsekvensen av at en har en mangelfull faglig forståelse av selvmordskrisen bli mer dramatisk, enn for mennesker i andre typer livskriser (Dieserud, 2006). Jeg har valgt å bruke den amerikanske suicidologen Shneidmans definisjon av selvmord:

For tiden, i den vestlige verden, er selvmord en bevisst, selvpåført, tilintetgjørende handling. Den kan best forstås som en flerdimensjonal krisetilstand hos et individ med udekkede sentrale psykologiske behov, hvor individet definerer selvmord som den beste løsningen på krisen (Shneidman, 1985, s. 203).

I Shneidmans (1985) definisjon er individet klar over det dødelige utfallet, men ser likevel på det som den beste løsningen på krisen. Han vektlegger at den flerdimensjonale krisetilstanden hos individet må forstås tverrfaglig. I studien defineres det også som selvmord dersom pasienten har skadet seg selv i avdelingen, eller på permisjon, og senere dør av skaden utenfor sykehuset eller på en annen avdeling.

Shneidman har utviklet en psykologisk forståelsesmodell på ti punkter kalt «common characteristics of suicidal acts», som beskriver vanlige karakteristika for selvmord.

Selvmord kan forstås som:

1. en reaksjon på en uutholdelig psykologisk smerte (psychache).
2. et uttrykk for frustrasjon over utilfredsstilte psykologiske behov.
3. en løsning på et uoverkommelig problem
4. et mål for opphøring av lidelse og ens bevissthet.
5. et uttrykk for håpløshet og hjelpeløshet.

6. en indre ambivalens som preger individet.
 7. en tilstand hvor en har innsnevret syn og ikke ser en annen løsning.
 8. en måte å kommunisere ens nød på.
 9. en fluktuerende handling
 10. et livslangt mestringsmønster.
- (Shneidman, 1985, s 216, min oversettelse).

I de ti punktene beskriver han at det relasjonelle aspektet må være med i vurderingen for å forstå selvmord. Han mener selvmordet kan ses på som en forståelig handling i en livskrise, fremfor et irrasjonelt utfall av en sinnslidelse (Dieserud, 2006; Shneidman, 1985).

2.2.1 Selvmord som fenomen

Når vi snakker om selvmord i et kulturhistorisk perspektiv er det ofte omtalt to typer selvmord. Det ene er det sosiale og institusjonaliserte selvmordet, hvor individet føler tilhørighet til en gruppe og velger ut ifra hva gruppen mener. Denne type selvmord ble blant annet utført av slaver og tjenere etter at deres herre døde. Det andre er det individuelle og personlige selvmordet som ofte handler om en fastlåst og vanskelig situasjon, som en ikke er i stand til å løse med vanlige metoder som flukt eller aggresjon rettet mot medmennesket. Eksempler er individer som føler seg sviktet eller har en sinnslidelse (Retterstøl et al., 2002).

Retterstøl et al. (2002) skriver om selvmord i et historisk perspektiv. I Norge har synet på selvmord endret seg gjennom tidene. Før kristendommen ble innført var selvmord “akseptert” for å unngå vanære, smertefulle sykdommer eller ved å følge sin herre eller ektefelle i døden. Det ble ikke glorifisert. Da Norge fikk nedskrevet en av sine første lover, omkring år 1100, sto det at de som tok sitt liv ikke fikk graves i hellig jord. De skulle graves i flodmålet, der sjøen og grøntorven møtes. På 1700 tallet ble selvmord sett på som like alvorlig som drap. De som tok sitt liv ble gravlagt med forbrytere. Dette synet holdt frem i Norge til 1842. Da opphevet straffelovebestemmelsen at den som tok sitt liv ikke kunne graves i hellig jord. Etter 1902 ble det kun straffbart å medvirke til selvmord, ikke å gjennomføre det. Slik er det fremdeles i Norge.

2.3 Psykisk helsevern

Psykisk helsevern omfatter tjenester som utøves av spesialisthelsetjenesten for ivaretagelse av menneskers psykiske helse (Psykisk helsevernloven, 1999). Tjenesten omfatter både behandling, undersøkelser, omsorg og pleie. Det psykiske helsevernet i Norge reguleres av psykisk helsevernlov som sørger for at gjennomføringen skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende prinsipper. Loven har som intensjon å sikre at pasienten blir ivaretatt og respektert. Pasienten er også sikret gjennom pasientrettighetsloven, som gir pasienten rett til blant annet informasjon og medvirkning i behandlingen. Pasienter har rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten hvis det blir vurdert som alvorlig nok og nødvendig. Behandlingen kan gjennomføres enten under frivillig- eller tvungen psykisk helsevern (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Når en pasient er innlagt under frivillig psykisk helsevern gjelder pasientrettighetsloven i sin helhet, og helsehjelp kan bare gis etter pasientens samtykke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Hvis pasienten der i mot blir lagt inn under tvungen psykisk helsevern, er vedkommende innlagt uten eget samtykke. Pasientrettighetsloven vil fortsatt gjelde, men lov om psykisk helsevern vil overstyre punktet om samtykke (Psykisk helsevernloven, 1999). Under psykisk helsevern gjelder også kravene til helsepersonelloven. Intensjonen bak lov om psykisk helsevern er å sikre at pasienten får nødvendig omsorg og behandling slik at liv og helse kan ivaretas selv i perioder der vedkommende ikke klarer dette selv (Ilner, 2012). For å legge noen inn under tvungen psykisk helsevern må pasienten ha en alvorlig sinnslidelse, samt at et av følgende to kriterier må være til stede: 1) utsikt til helbredelse eller bedring er redusert eller det er stor sannsynlighet for vesentlig forverring i nær fremtid, eller 2) pasienten utgjør en alvorlig fare for eget eller andres liv og helse (Psykisk helsevernloven, 1999). Det vil si at person som er selvmordstruede og utgjør fare for eget liv, kan legges inn under tvungen psykisk helsevern.

2.3.1 Psykiatrisk akuttpost

Psykiatriske akuttposter er en del av behandlingstilbudet i psykisk helsevern i Norge. Når en psykisk tilstand blir akutt forverret kan det være behov for en innleggelse på en psykiatrisk akuttpost (Ilner, 2012). I studien er det benyttet informanter fra psykiatriske subakutt- og akuttposter. En subakuttpost gir tilbud til pasienter som ikke lenger har behov for tilsyn i en

akuttavdeling, men som heller ikke har behov for langtidsavdeling eller rehabilitering. I oppgaven brukes «psykiatrisk akuttpost» som fellesbetegnelse for begge. Avdelingene som er brukt i studien ligger under spesialisthelsetjenesten, og tar i mot pasienter over 18 år som legges inn for et frivillig behandlingsopplegg, eller under tvungent psykisk helsevern. Akutte, psykiske tilstander er ofte kompliserte og sammensatte. Det er viktig at helsepersonell har god kunnskap og for forståelse slik at pasienten får best mulig behandling. Personalet bør være omsorgsfulle, bestemte og handlekraftige. For at arbeidet skal foregå på best mulig måte bør lokalene være tilpasset med struktur, orden, god oversikt, forutsigbarhet, gode skjermingsmuligheter og alarmsystemer. Det er viktig med god sikkerhet både med hensyn til pasienter og personal (Ilnér, 2012).

2.3.2 Selvmordsrisikovurdering

Å vurdere selvmordsfare er en vanskelig og utfordrende oppgave, både for allmennleger og psykiatere. Mange kan erfare feilvurderinger på dette området, med de tragiske konsekvensene det kan ha både for det enkelte individ og dets nærmeste (Retterstøl et al., 2002). For å gjøre en selvmordsvurdering forutsetter det at en får tilstrekkelig kontakt med pasienten. Gjennom samtale skal en vurdere vedkommendes livssituasjon, stemningsleie, tenkning, mestringsevne, ressurser, nettverk og tilknytningsevne. I tillegg må psykopatologiske forhold, som for eksempel angst, håpløshet, skam, isolasjon, lav selvtillit, krenkelser og relasjonsproblemer, vurderes (Ilnér, 2012). I 2008 ga helsedirektoratet ut nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Retningslinjene har satt opp prosedyrer med konkrete punkter til hvordan forebyggingen kan foregå. Det første punktet handler om kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko. Selvmordsrisikovurdering er en vurdering av både person og situasjon. Helsepersonell som foretar vurderingen må ha tilstrekkelig kompetanse til det og fått opplæring i kartlegging av selvmordsrisiko. Som utgangspunkt anbefales det at vurderingen foretas av lege eller psykolog. Kartleggingen innebærer blant annet å spørre alle pasienter i psykisk helsevern om de har, eller har hatt, selvmordstanker, selvmordsplaner eller noen gang har gjort et selvmordsforsøk. Hvis kartleggingen fører til mistanke om selvmordsrisiko må det iverksettes adekvat behandling og pasienten må følges opp med nærmere vurdering av selvmordsrisikoen (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

I arbeid med selvmordsnære pasienter bruker sykepleiere ofte klinisk skjønn. Jo mer erfaring en har, jo bedre trent er det kliniske blikket. Klinisk skjønn innebærer blant annet at en gjør en helhetlig vurdering av pasientens væremåte og evne til forpliktelse, basert på intuisjon (Vråle, 2009). Det kliniske blikket kan hjelpe til å skille hva pasienten sier fra det pasienten uttrykker gjennom blick eller annen nonverbal kommunikasjon. Sykepleieren må være tankemessig til stede og våken ovenfor pasientens situasjon i forhold til egne handlinger. Fornemmelser av signaler er ofte spontane og basert på en følelse som vekker bekymring og årvåkenhet ved pasienten (Nortvedt & Grimen, 2004).

2.3.3 Tilsyn og kontinuerlig observasjon

I en psykiatrisk avdeling blir alle pasienter observert og tilsett gjennom et døgn. Hos pasienter med forhøyet selvmordsrisiko kan det iverksettes intervallobservasjon. Intervallene kan for eksempel være på 5, 10, 15 eller 30 minutter, og er angitt etter maksimum. Personalet kan velge å observere pasienten hyppigere for ikke å skape en forutsigbar tidsrytme som pasienten kan utnytte til å skade seg selv. Personalet bør til en hver tid vite hvor pasienten er (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Dette er både for å observere pasienten, ivareta vedkommendes sikkerhet og tilrettelegge for samtale og interaksjon med et annet menneske. Hjorts (2006) erfaring med tett oppfølging i psykiatriske akuttposter var at observasjoner, fotfølging, utgang, medisiner og andre tiltak ofte ble gjennomført med omsorg og ikke bare kontroll. Når selvmordsrisikoen hos en pasient vurderes som alvorlig forhøyet bør det iverksettes kontinuerlig observasjon. Dette innebærer at personalet ser pasienten til en hver tid og aldri snur ryggen til. Pasienten skal ikke være alene, heller ikke når han er på toalettet. Personalet skal være så nær at farlige situasjoner, selvskading og selvmord kan avverges. Dette gjelder også om natten. Beslutning om iverksettelse av kontinuerlig observasjon må foretas av helsepersonell som har tilstrekkelig kompetanse til dette (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Det er en stor grad av frihetsberøvelse når et slikt tiltak iverksettes, men det kan resultere i livsviktige beslutninger for pasienten (Vråle & Mjøsund, 2005).

2.3.4 Selvmord i psykiatrisk akuttpost

Gjennom å jobbe i en psykiatrisk akuttpost får mange et nært møte med tunge og tragiske livsskjebner. Det er flere pasienter som tar livet sitt under behandling og det kan oppleves som en katastrofe når det skjer (Ilner, 2012). Mellesdal, Mehlum, Wentzel-Larsen, Kroken,

and Jørgensen (2010) utførte en studie på et psykiatrisk akuttmottak i Bergen. Over en periode på ett år fant de at 54 % av førstegangsinneleggelsene og 62 % av reinnleggelsene var relatert til selvmordsrisiko. Når et selvmord skjer i en avdeling skal det rapporteres til ledelsen og politiet. Videre skal kontrollkommissjonen og fylkeslegen informeres (Ilner, 2012). Fysisk sett er det ikke mulig å forhindre alle selvmord, selv ikke på en psykiatrisk døgnavdeling hvor en ofte har detaljerte rutiner for selvmordsforebygging (Anneberg, 2002). Når selvmord skjer i en avdeling er det viktig med godt utarbeidede rutiner som kan hjelpe den enkelte (Ilner, 2012).

2.4 Psykiatrisk sykepleie

Alle informantene i studien er sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Ikke alle sykepleiere som jobber på en psykiatrisk akuttpost har videreutdanning, men arbeidsoppgavene er likevel de samme. I oppgaven bruker jeg begrepet sykepleier, som favner både de med og uten videreutdanning. I tillegg vil jeg bruke begrepet helsepersonell som en fellesbetegnelse på alt av personell som er i kontakt med pasienten på en psykiatrisk akuttavdeling. De gangene jeg vil skille yrkesgruppene fra hverandre bruker jeg behandler og sykepleier.

Psykiatrisk sykepleie er spesialisert støtte og hjelp rettet mot psykososial problematikk. Sykepleierens funksjon vil variere med pasientens problematikk og tilstand. For å bedre pasienters psykiske tilstand bør all hjelp være psykoterapeutisk. En kan si at psykiatrisk sykepleie har et mål om å dempe psykiatriske symptomer, redusere disharmoni, og vedlikeholde og videreutvikle psykologiske funksjoner og psykososiale ferdigheter. Et av arbeidsområdene til en psykiatrisk sykepleier er sikkerhetsproblematikk, hvor en yter hjelp til pasienter med forstyrrelser i egenkontroll. Dette gjelder pasienter som har nedsatt eller manglende evne til å beskytte seg mot risiko og skader, og dermed står i fare for å kunne skade seg selv og andre (Krogh, 2005). For å sikre pasientens liv og helse oppretter og gjennomfører psykiatriske sykepleiere sikkerhetsintervensjoner. Intervensjonene gir mulighet for å overvåke, opprettholde og vedlikeholde pasienters evne til kontroll-, affekt-, og atferdsregulering (Krogh, 2005).

2.4.1 Helsepersonells relasjon til pasienten

En relasjon er et forhold som blir til i nærværet mellom to mennesker. Den kan for eksempel oppstå gjennom gjensidige følelser, opplevelser eller felles tanker og tro. Pasienter som søker hjelp for sine psykiske problemer vil stort sett etablere en eller flere relasjoner til helsepersonell. Dette kan bli betydningsfulle relasjoner som kan være virksomme når det gjelder å skape bedring (Bøe & Thomassen, 2007). Når en møter pasienter som er i en akutt livstruende selvmordskrise, må sykepleiere ofte bruke stor grad av beskyttelse og omsorg for å hindre at pasienten tar sitt liv. For å kunne motta hjelp må pasienten være villig til å være avhengig av andre i en periode (Vrålø, 2009). Det er derfor viktig at sykepleieren skaper en god relasjon og allianse med pasienten, slik at pasienten stoler på sykepleieren. Bøe og Thomassen (2007) mener at for å oppnå en god relasjon må en tillate seg å være personlig og vise at det er to personer som møtes i relasjonen. Det skal være lov å gå inn i relasjonen med hele seg, men med forsiktighet på en klok måte. Uten forsiktighet kan det bli grenseløst. En skal kunne tillate seg å bli glad i pasienter, og innrømme at de betyr noe for en. Å kunne tre frem som en person med meninger, tro, verdier og oppfatninger er grunnleggende betingelser for en god relasjon.

Pasienter beskriver gjensidighet som betydningsfullt i relasjonen til sykepleiere. At sykepleieren har et emosjonelt engasjement og ser pasienten som et menneske med evne til å være mer enn en pasient. Sykepleieren kan også få noe igjen av relasjonen, både som profesjonell og personlig (Borg & Topor, 2007). Samtidig er det viktig å understreke at relasjonen er til for pasienten og skal ikke misbrukes som et verktøy for helsepersonell (Bøe & Thomassen, 2007).

2.4.2 Ethiske prinsipper

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at «grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert» (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 7). Å arbeide med selvmordstruede pasienter reiser etiske dilemmaer og spørsmål om liv, død, ansvar og integritet. Det er viktig med en etisk bevisstgjøring for å være trygg. Pasienten kan da veiledes med en tydelig holdning, og møtes på en god måte i refleksjoner rundt temaet selvmord. Sykepleiere har et ansvar i møte med andre og bør fremstå tydelige overfor pasienter som strever med viktige verdispørsmål.

Selv mordstruede pasienter ser ofte ikke mer enn én vei ut, men i samtale med sykepleieren kan det bringes inn andre alternativer enn døden (Vråle, 2009). Sykepleiere er underlagt helsepersonelloven hvor det står at de er pliktig til å utføre øyeblikkelig hjelp dersom det er nødvendig. Hjelpen skal gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, eller motsetter seg helsehjelpen (Helsepersonelloven, 1999). Etikk handler om å gjøre det som er moralsk rett, og i sykepleiesammenheng handler det om hva som er best for pasienten. Når en skal ta stilling til etiske spørsmål må en gå ut i fra både fakta og vurderinger. Etikk handler om menneskers ansvar for hverandre (Hummelvoll, 2004).

Hvert menneske gjør sine vurderinger av hva som er rett og galt, godt og riktig. Dette gjelder både pasienter og sykepleiere. Pasienters etiske standpunkt kan være forskjellig fra både sykepleierens yrkesetikk og private etikk. Det er viktig at sykepleieren har en bevisst etikk slik at arbeidet ikke er preget av tilfeldige og utydelige holdninger til selvmord (Vråle, 2009).

2.5 Etterlatte

I denne oppgaven vil begrepet pårørende bli brukt om pasientens familie og andre nære. Begrepet etterlatte vil omfatte både pårørende og helsepersonell. Når jeg ønsker å skille de to gruppene fra hverandre vil begrepene etterlatte pårørende og etterlatte helsepersonell benyttes. Et selvmord berører ikke bare familie og venner, det påvirker også fagpersoner. Flere undersøkelser viser at helsepersonell har liknende reaksjoner som etterlatte pårørende etter å ha mistet en pasient i selvmord (Hendin, Haas, Maltsberger, Szanto, & Rabinowicz, 2004; Lander & Nesje, 2004). Vanlige reaksjoner hos etterlatte er følelser som savn, lengsel, smerte, selvbefridelse og skyldfølelse. Etterlatte kan også føle på angst, sårbarhet, irritasjon og sinne. I tillegg kan de få søvnforstyrrelser, konsentrasjons- og hukommelsessvanser, kroppslige plager eller gjenoppleve det som skjedde (Dyregrov & Dyregrov, 2007; Lander & Nesje, 2004). Hos etterlatte helsepersonell er reaksjonene som oppstår knyttet til både tapet over å miste en pasient og til hendelsen som et traume. For noen kan det oppleves problematisk å skulle ivareta egne reaksjoner samtidig som en skal følge opp pårørende, medpasienter og eget personell (Lander & Nesje, 2004). Det sies at alder og erfaring kan spille en rolle i forhold til hvordan helsepersonell reagerer (Hendin et al., 2004).

Å miste en pasient i selvmord kan sammenlignes med en krise eller katastrofe. Reaksjonsmønsteret etter en krise kan i følge Weisæth og Kjeserud (2007) deles inn i fem

ulike faser. Tiden før krisen oppstår, omtales som forperioden. Her handler det om å være klar over hvilken risiko som foreligger. Hvis en ikke er klar over dette kan en i sterkere grad bli preget av sjokk, uvirkelighetsfølelse, handlingslammelse og forvirring. Etter selve krisen kommer påvirkningsfasen. For de som er direkte rammet av hendelsen, eller har vært vitne til den, kan det innebære en stresspåkjenning og reaksjonene kan oppleves sterkere. I sjokkfasen oppstår gjerne sterke følelser av uvirkelighet, tomhet, fysiske reaksjoner og lignende. Deretter kommer reaksjonsfasen som ofte innebærer intense og påtrengende tanker om det som har skjedd. Normalt kommer disse når faren er over og handlinger ikke bidrar til å holde følelsene borte lenger. Helsepersonell kan føle et stort tap og sørgmodighet (Hendin, Lipschitz, Maltzberger, Haas & Wyncoop, 2000). Noen vil reagere mer enn andre (Hendin et al., 2004). Krisens siste fase omtales som en reparasjonsfase. Her handler det mye om de samme følelsene som i reaksjonsfasen, men nå i en gjenopplevelsesform. Reaksjonene oppleves sjeldnere og ikke så intense. I denne fasen har overveldelsen gått over til bearbeidelse og en tenker videre og fremover (Weisæth & Kjeserud, 2007). Den enkeltes beskyttelsesfaktorer, relasjon til avdøde og eksponeringen de har vært utsatt for, er med på å avgjøre hvor stort behovet for oppfølging er (Helsedirektoratet, 2011).

2.5.1 Samarbeid med pårørende

I møte med selvmordstruede pasienter er det viktig å inngå et samarbeid med pårørende da de kan være positive støttespillere. Det finnes ingen oppskrift på et slikt samarbeid, det må vurderes etter hvert tilfelle. Det er viktig å ta hensyn til både pasienten og de pårørendes behov. Det finnes familier hvor samspillet er svært destruktivt. Da kan det kanskje være uheldig å samarbeide for tett med dem. Det må vurderes i hvert enkelt tilfelle hvem en samarbeider med og hvor involvert de skal være (Vråle, 2009). Hos noen pasienter er selvmordstankene mer eller mindre konstante. Pasienter med kronisk suicidalitet har større selvmordsrisiko og det er viktig at både pasient, pårørende og involvert helsepersonell er kjent med denne risikoen (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Etterlatte pårørende kan oppleve skyldfølelse, hjelpeløshet og kompliserte sorgreaksjoner etter et selvmord. Tidligere har psykisk helsevern fått kritikk for ikke å ha tilstrekkelig kontakt med etterlatte pårørende, eller ha gitt dem et godt nok støttetilbud. I dag er det bedre forståelse for pårørendes rolle som støttespillere i behandlingen og deres behov for oppfølging etter et selvmord (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Det kan være naturlig å kalle pårørende

inn til en samtale med pasientens behandler i ettertid slik at de to partene kan møtes (Svendsen, 2005). Vi vet at etterlatte etter selvmord har en økt risiko for å ta sitt eget liv, derfor er det viktig at de blir godt ivaretatt (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

2.6 Oppfølging

I 2011 ga helsedirektoratet ut en veileder om ivaretagelse av etterlatte pårørende ved selvmord. Det kan tenkes at noe av det veilederen beskriver kan overføres til helsepersonell, siden de har noen av de samme reaksjonene som etterlatte pårørende, etter å ha mistet en pasient i selvmord (Lander & Nesje, 2004). Det finnes ingen nasjonal veileder om oppfølging og ivaretagelse av etterlatte helsepersonell etter selvmord. Hver enhet bør ha egne retningslinjer. Oslo universitetssykehus, ved klinikk for psykisk helse og avhengighet, har utarbeidet retningslinjen «selvmord og andre alvorlige hendelser - oppfølging i avdelingen» (se vedlegg 1). Disse retningslinjene er skrevet med utgangspunkt i Helsedirektoratets veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer (2011), men heller ikke i veilederen kommer det frem en tydelig oppfølgingsplan for etterlatte helsepersonell etter selvmord.

Det er viktig med en oppfølgingsplan som sier noe om hvordan helsepersonell som mister en pasient i selvmord kan komme til å reagere og hva de kan komme til å trenge av hjelp. Den kan fungere som en forberedthet til å ta vare på helsepersonell etter selvmordet og må være fleksibel nok for å ivareta den enkelte (Grad, 1999; Vråle, 2014). Det er forventet at helsepersonell er briefet på forhånd om at krisen kan oppstå, det er derfor oppfølging kalles en debrief (Weisæth & Kjeserud, 2007).

Oppfølging av personal etter selvmord kan ses i lys av kriseteori. Oppfølgingen etter en krise kan deles inn i tre faser. Den første fasen handler om å gi emosjonell førstehjelp til de som var involvert i krisen. Her handler det om å skape trygghet, akseptere følelser, styrke selvtillit, berolige og oppnå kontroll over sterke reaksjoner. Det kan oppleves som emosjonelt krevende og vanskelig å måtte håndtere selvmord (Ilnér, 2012). Tiden rett etter selvmordet kan være svært belastende. Helsepersonell må både ivareta seg selv, kolleger og andre pasienter. I noen tilfeller kan det gjøre at reaksjoner undertrykkes eller utsettes, noe som kan være uheldig (Svendsen, 2005).

Oppfølgingens andre trinn er en gruppestress-debrief og bør gjennomføres i løpet av de første dagene etter hendelsen. Her går en blant annet igjennom hva som skjedde, hva som ble gjort og hva de involverte tenkte. Hensikten med samlingen er å styrke gruppen, klargjøre misoppfatninger, godkjenne, akseptere og diskutere følelser og stressreaksjoner, samt redusere symptomer (Weisæth & Kjeserud, 2007). Det er viktig at de involverte får anledning til å sette ord på opplevelsen gjennom trygge rammer i en debriefing. Det er avgjørende at personalgruppen vet hvordan en debrief foregår slik at det blir et konstruktivt møte. Det bør unngås at alle skal komme med tips, råd og faglige spørsmål til de berørte, da det kan føre til at følelser som maktesløshet og skyldfølelse bli sterkere enn de i utgangspunktet hadde behovd å bli (Svendsen, 2005). Alvoret i en slik situasjon kombinert med følelsesmessige reaksjoner hos ansatte kan føre til uheldige og destruktive prosesser i behandlingsmiljøet. Ingen må bli stående alene med sine reaksjoner (Ilnert, 2012). Hvordan helsepersonell reagerer og håndterer situasjonen avhenger av flere faktorer og henger sammen med personlighetstype og hvordan de håndterer stress, tap og kriser (Grad & Michel, 2005).

Det siste leddet i oppfølgingen er en psykologisk autopsi, som er en teknisk gjennomgang av hendelsen fra et faglig synspunkt (Weisæth & Kjeserud, 2007). En psykologisk autopsi bør ventes med til personalet er klare for det. Det varierer når fagfolk mener dette bør skje. Noen mener det bør gå noen uker (Lander & Nesje, 2004), mens andre estimerer at dette bør skje mellom to-seks måneder etter selvmordet (Larsen, 2012). Det vil være lurt at det blir ledet av noen utenfor for å gi større innsikt, og forståelse, for hva som har skjedd (Lander & Nesje, 2004; Hjort, 2006).

I oppfølgingen bør det legges til rette for at personalet kan få snakke om følelser med kolleger etter selvmordet. Det er viktig at ingen føler seg alene i denne prosessen, men at en gir støtte til hverandre (Lander & Nesje, 2004). Den kollegiale støtten bør skje i et annet forum enn der en gjennomgår hendelsen i plenum. De berørte bør få anledning til å fortelle sin historie rundt selvmordet til en eller noen få kolleger med kompetanse på suicidologi. En slik bearbeiding kan ta tid. Derfor bør den kollegiale støtten være langsiktig (Dieserud, 2005). Hovedmålet med å følge opp personal som har mistet en pasient er å forebygge langtidsskader og motvirke redusert arbeids- og livskvalitet. Samtidig er det et ønske at personalet kan fortsette å arbeide hensiktsmessig med selvmordstruede pasienter (Lander & Nesje, 2004).

3 METODE

I dette kapitlet vil jeg beskrive hvordan resultatene i studien har fremkommet. Her vil jeg tydeliggjøre studiens design og metodiske valg. Jeg vil beskrive hvordan datasamlingen ble gjennomført, hvilken analysemetode jeg har benyttet og hvilke forskningsetiske overveielser jeg har gjort underveis i prosessen.

3.1 Metodisk valg og design

For å svare på problemstillingen har jeg valgt en kvalitativ metode. En kvalitativ metode benyttes når man vil oppnå en dypere forståelse av sosiale fenomener (Thagaard, 2009). Den fanger opp opplevelse og mening som ikke kan måles eller tallfestes (Dalland, 2012). Det er valgt et beskrivende og utforskende design. Data er hentet gjennom kvalitative, semistrukturerte, individuelle intervju for å få frem den enkeltes opplevelse.

Studien har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming som omhandler menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) (Malterud, 2011). Gjennom en fenomenologisk tilnærming gir man åpning for intervjupersonens erfaringer og søker beskrivelser fremfor forhåndskunnskap (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg har fokusert på den enkeltes opplevelse ved en konkret hendelse. Den forforståelsen forskeren selv bringer med seg inn i prosjektet er med på å danne et utgangspunkt for forskningen (Thagaard, 2009).

Hermeneutikken bygger på at fenomener kan tolkes på mange måter. Det finnes ikke nødvendigvis en sannhet. Gjennom en hermeneutisk tilnærming legges det vekt på å fortolke menneskers handlinger med et dypere fokus på meningsinnhold (Thagaard, 2009).

Opprinnelig var hermeneutikkens fokus å tolke juridiske og religiøse tekster, da spesielt bibelen. Fokuset har utvidet seg med tiden (Thornquist, 2003). I dag blir hermeneutikken sett på som en metode for å skille mellom forklarende og forstående vitenskap (Dalland, 2012). Gjennom en hermeneutisk tilnærming har jeg tolket det informantene har sagt og sett på hvilken betydning det kan ha og hvordan det kan gi mening. Samtidig har jeg prøvd å være bevisst hvilken rolle forskeren kan spille med sin forforståelse og tolkningsmetode.

3.1.1 Intervju som metode

Et godt utgangspunkt for å få kunnskap om hvordan enkeltpersoner opplever og reflekterer over en situasjon, er gjennom samtale (Thagaard, 2009). I denne studien ble det derfor valgt å gjennomføre individuelle intervju. Ved intervju kan man få innsikt i og forståelse for andre menneskers liv. Individuelle intervju egner seg godt når man skal studere personlige eller sensitive temaer. I intervjuer er tillitsforholdet mellom forsker og informant avgjørende (Thagaard, 2009).

I forkant av intervjuene utarbeidet jeg en semistrukturert intervjuguide som støtte til det jeg ønsket å spørre om. En intervjuguide er en type manuskript som inneholder en struktur for intervjuet. Et semistrukturert intervju har en guide som inneholder ulike emner som skal dekkes, samt forslag til spørsmål. Spørsmålene og deres rekkefølge vil variere fra intervju til intervju. Her avgjør intervjuerens taktfullhet og skjønn hvor tett han vil holde seg til guiden eller hvorvidt han vil følge opp de svarene han får (Kvale & Brinkmann, 2009).

Intervjuguiden ble delt inn i to hovedtema på bakgrunn av studiens problemstilling og forskningsspørsmål. Det første temaet tok for seg informantens opplevelse av å miste en inneliggende pasient i selvmord. Her ble det gitt rom for følelser, reaksjoner og handlinger. Informantene ble først gitt anledning til å snakke fritt rundt opplevelsen, og bestemte selv hva de ønsket å formidle. Det andre temaet handlet opp oppfølging. Her fikk informantene mulighet til å beskrive hvilken oppfølging de hadde fått, hva de hadde benyttet seg av og hva de savnet. I tillegg snakket vi om hva som hadde hjulpet dem etter selvmordet, uavhengig om det var et oppfølgingstilbud. I arbeidet med intervjuguiden er det viktig å formulere spørsmålene på en slik måte at informantene forstår hva det spørres om. Jeg gjennomførte et prøveintervju for å kvalitetssikre intervjuguiden.

3.2 Forskningsfelt og utvalg

Studiens forskningsfelt er sykepleiere som har opplevd å miste en pasient i selvmord, som jobber på en psykiatrisk akutt- eller subakuttpost på Østlandet. Jeg henvendte meg til tre ulike psykiatriske akuttenheter. Jeg tok telefonisk kontakt med enhetslederne og presenterte meg selv før jeg sendte en e-post med informasjonsskriv om studien (se vedlegg 3 og 4). Som inklusjonskriteriet måtte informantene ha bachelorutdanning i sykepleie og ha opplevd at en inneliggende pasient hadde tatt sitt liv på nåværende arbeidsplass, enten i avdelingen eller på

permisjon. Malterud (2011), sier at utvalget bør kunne gi det materialet som potensielt best kan belyse problemstillingen. Begrunnelsen for kriteriene er min formening om at sykepleiere på psykiatrisk akuttposter står i en vanskelig posisjon når pasienter tar livet sitt. Det er ikke de som alene bestemmer tiltakene, men de som utfører dem.

Ved de to første enhetene jeg kontaktet fikk jeg tre informanter fra hver. De seks informantene representerte fire ulike poster. Ved den tredje enheten fikk jeg kontaktinformasjon til en sykepleier som ville stille til intervju, men vedkommende ga ingen respons på mine henvendelser og uteble dermed fra studien. Jeg sendte informantene en e-post hvor jeg presenterte meg selv og la ved informasjonsskriv om studien, samtykkeskjema og intervjuguide (se vedlegg 2, 3 og 4). Vi avtalte tid og sted over e-post, og alle intervjuene ble gjennomført som avtalt. I utgangspunktet hadde jeg avgrenset til kun å intervju sykepleiere fra psykiatriske akuttposter som hadde mistet inneliggende pasienter i selvmord, men for å rekruttere nok informanter måtte jeg utvide studien noe. Jeg har derfor tatt med én sykepleier fra en subakuttpost og to hendelser hvor pasienten nettopp var blitt skrevet ut eller overført til en annen post. Studien har likevel holdt seg innenfor prosjektets problemstilling. Antall informanter ble strategisk valgt ut i fra oppgavens størrelse og omfang, etter hva som ville være tilstrekkelig nok for å få et rikt materiale. Et strategisk utvalg betyr at en velger ut de som har noe å fortelle om akkurat det fenomenet en vil finne ut av (Dalland, 2012). De seks informantene var kvinnelige sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Selv om variasjonsbredden ble liten ga utvalget gode svar på studiens problemstilling. Informantene var i alder fra ca. 30 til 60 år og hadde ulik bakgrunn som sykepleiere. Deres erfaring med klinisk arbeid i psykiatrisk post varierte fra 4 til 24 år.

Intervjuene ble gjennomført i september og november 2013. Før intervjuene ba jeg informantene tenke igjennom én aktuell hendelse der en pasient døde i selvmord. Hvis de hadde opplevd flere selvmord ba jeg om at de valgte seg ut én av hendelsene. Tre av informantene hadde erfart flere enn ett selvmord. Samtlige syntes det var utfordrende å skulle forholde seg kun til den ene historien da vi snakket sammen. Det falt naturlig for dem å sammenligne. Jeg vurderte det slik at dette kunne berike studien og har derfor tatt med alle hendelsene som ble beskrevet. Enkelte av sykepleierne har omtalt samme selvmord. Studien omfatter dermed ni ulike beskrivelser rundt seks forskjellige selvmord.

3.3 Praktisk forberedelse og gjennomføring av intervju

Som en del av forberedelsene gjennomførte jeg et prøveintervju med en kollega. Å intervju en kollega og derpå få tilbakemeldinger kan være en god læresituasjon (Thagaard, 2009). Jeg gjorde dette for å kvalitetssikre intervjuguiden. Jeg fikk da prøvd ut hvordan det var å bruke båndopptaker og hvordan jeg kunne stille spørsmålene slik at informanten skulle forstå hva jeg var ute etter. Det var lærerikt å høre igjennom intervjuet etterpå og oppdage hvor jeg fremstod som uklar. Min kollega ga meg konstruktiv tilbakemelding på hvordan hun opplevde det. Det fikk jeg stort utbytte av. Etter prøveintervjuet endret jeg spørsmålsformuleringen og rekkefølgen på noen av spørsmålene i intervjuguiden.

På forhånd sendte jeg intervjuguiden til informantene slik at de fikk gått igjennom de temaene jeg ønsket å ta opp. På den måten håpet jeg at informantene følte seg forberedt. For noen kan det å bli intervjuet, samtidig med at intervjuet blir tatt opp på bånd, være en stressende situasjon. I tillegg er selvmord et tøft tema. Jeg forsøkte derfor å legge til rette for at de kunne føle seg følelsesmessig ivaretatt. Jeg ønsket at informantene på forhånd skulle reflektere, og få mulighet til å gå igjennom hendelsen og oppfølgingsperioden, for å huske viktige detaljer. Malterud (2011) understreker at en forutsetning for å få et rikt materiale er at informanten kjenner seg trygg og ivaretatt. Intervjuene ble gjennomført i arbeidstiden, på den enkeltes arbeidsplass. Før intervjuene startet ble informasjonen om studien, min taushetsplikt og deres anonymitet gjentatt. Videre understreket jeg at det var frivillig å delta, retten til å trekke seg og at intervjuet kunne avbrytes når om helst. Hver enkelt skrev under på et samtykkeskjema. Informert samtykke betyr at informanten er informert om hva deltakelse i studien innebærer og at vedkommende samtykker til fri deltakelse uten ytre press (Thagaard, 2009).

I innledning til intervjuet ba jeg informantene si litt om sin bakgrunn som sykepleiere, dette for å begynne med noe som var kjent og for å skape en mer avslappet stemning før vi gikk inn på et mer alvorlig tema. Intervjuet ble justert etter som hva informantene selv kom inn på. Videre kom jeg med oppfølgingsspørsmål som sørget for at intervjuguiden ble dekket. Under intervjuet gjorde jeg meg enkle notater hvis de sa noe jeg syntes var interessant eller uklart, slik at jeg senere kunne gå tilbake og be om en utdypning av dette. Etter hvert i forskningsprosessen ble jeg tryggere. Det var da letter å stille gode oppfølgingsspørsmål. Intervjuene varierte noe i lengde, men alle overholdt tidsrammen som var satt til 1-1,5 time.

Det ble da tid til å dekke det feltet jeg ønsket å undersøke, samt ha en innledende og avsluttende samtale.

3.4 Etikk

Etikk er normer som gir oss grunnlag og veiledning for vurderinger som kan føre til gode handlinger. I forhold til etiske overveielser har jeg etter beste evne forsøkt å ivareta informantene etter de forskningsetiske prinsipper. Informantene ble informert både skriftlig og muntlig om hva det innebar å delta i studien før de skrev under på samtykkeskjemaet. Etisk overveielse og ryddig bruk av personopplysninger er en forutsetning for riktig ivaretagelse av personer som deler sin opplevelse og historie til forskingen (Dalland, 2012). Alle opplysninger om informantene, de avdøde og deres pårørende har blitt behandlet konfidensielt. Ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i den ferdige oppgaven, rapporter eller publikasjoner. Informantenes personopplysninger er behandlet i samsvar med grunnleggende personvern hensyn (Personopplysningsloven, 2000). Både opptak og intervjunotatene ble merket med en kode og oppbevart adskilt fra personopplysninger om informantene. I oppgaven er alle informanter omtalt som hunkjønn og alle pasienter som hankjønn, for å bedre ivareta anonymitet. Opptakene er lovet slettet når oppgaven er ferdig vurdert, senest innen utgangen av 2014. Masteroppgaven følger de retningslinjer som er gjeldende for å sikre anonymitet og konfidensialitet for informantene. Det er Personvernombudet for forskning ved samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) som vurderer om studien oppfyller kravet til å ivareta personvernet til de som deltar i undersøkelsen. Studien ble meldt og godkjent av NSD 6.mai.2013 (se vedlegg 5). I studien har informantene snakket om en tidligere pasient og vedkommendes pårørende. I forkant av hvert intervju minnet jeg informanten om at personopplysninger skulle anonymiseres slik at jeg ikke visste hvem det var snakk om under intervjuet. Å bli intervjuet om en uønsket hendelse kan oppleves som en belastning. Det er forskerens ansvar å reflektere over mulige konsekvenser og se at den oppnådde kunnskapen ikke risikerer å skade informanten (Kvale & Brinkmann, 2009). Det ble derfor understreket for informanten at jeg ikke var der for å sette noen i dårlig lys, kun for og utforske deres opplevelse av selvmordet. Det ble lagt til rette for pauser underveis, ved behov for det.

3.5 Transkribering

Transkriberingen har jeg utført selv som en innledende prosess til analysen. Jeg vurderte det slik at dette kunne sikre at meningsinnholdet ble ivaretatt siden jeg hadde vært i intervjusituasjonen. Oversettelse fra språk til skrift krever en rekke vurderinger og beslutninger hvor det kan skapes utfordringer i fortolkningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2009). Når man lytter til intervjuet kan tonefall, pauser og sukk være betydningsfulle for hvordan setningen skal overføres til skrift. Jeg fikk mulighet til å fordype meg i materialet og bli bedre kjent med stoffet ved å utføre transkriberingen selv. Transkriberingen ble gjennomført fortløpende like etter hvert intervju. Båndopptakeren ble stilt på lav hastighet slik at jeg kunne skrive parallelt med intervjuene på båndet. Jeg benyttet lydisolerte høretelefoner, slik ble jeg ikke forstyrret av støy utenfor og kunne konsentrere meg om det jeg hørte. Jeg lyttet til setning for setning og noterte fortløpende. Selv om båndet stod på en lav hastighet ble det behov for spoling for å forsikre meg om at alt var med. Da hele intervjuet var transkribert gikk jeg tilbake og spilte intervjuet igjennom på nytt i normal hastighet. Det var for å se at jeg hadde fått med meg alt og notert rett i forhold til pauser, trykk på ord og lignende. Intervjuene ble transkribert på bokmål. Med unntak av nedtoning av dialekt, er intervjuene skrevet tilnærmet ordrett ned. Malterud (2011) legger vekt på at formålet er å gjengi samtalen i den formen som best representerer det informanten hadde til hensikt å formidle. I arbeidet med de første tre transkripsjonene skrev jeg ned i detalj alt som ble sagt. Hver pause ble markert og alle tenkeord notert. I gjennomføringen av de tre siste transkripsjonene var analysen i gang. Jeg var da mer bevisst i mine vurderinger på hva av innholdet som var betydningsfullt å ta med. Jeg noterte kun pauser der det hadde betydning og utelot alle tenkeord som «mm» og «eh». Det finnes ikke noe fasitsvar på hvilke dimensjoner av muntlig intervjusamtaler som skal med i transkripsjonen. Det er en utvelgelse forskeren må gjøre etter som hva transkripsjonen skal brukes til (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.6 Analyse

Kvale og Brinkmann hevder at «formålet med analysen er å avdekke meningen med spørsmålet, få frem forutantakelsene som ligger bak og dermed den implisitte oppfatningen av kvalitativ forskning» (2009, s.197-198). Det handler altså om å dele materialet opp i biter, for deretter å sette det sammen igjen, slik at det kan presenteres som en hel fortelling. Forskeren bør velge analysemetode før intervjuundersøkelsen utføres. Analyseprosessen starter da

allerede under intervjuene og den endelige analyseringen vil bli både enklere og ha et tryggere utgangspunkt (Kvale & Brinkmann, 2009).

I studien er det benyttet en fenomenologisk basert meningsfortetningsanalyse. Analysen er utviklet av Amedeo Giorgi (The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach, 2009), men modifisert av Malterud (2011). Hun sier at formålet med en fenomenologisk analyse er å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innenfor et avgrenset felt.

3.6.1 Malteruds fire analysetrinn

Analysens første trinn handler om å få et helhetsinntrykk og bli kjent med materialet. Her er helheten viktigere enn detaljene og forskeren må legge til side sin forforståelse og teoretiske referanseramme for å høre informantens stemme tydeligere (Malterud, 2011). Under transkriberingen noterte jeg ned ulike tema jeg tenkte kunne være interessant å se videre på, uten å reflektere noe mer rundt dette. Da alle intervjuene var transkribert leste jeg igjennom dem og laget et tankekart med elleve ulike tema som kunne belyse problemstillingen. Temaene fikk så midlertidige overskrifter, som en intuitiv, foreløpig organisering av materialet (Malterud, 2011).

I andre trinn av analysen skal forskeren organisere og sortere ved å skille relevant tekst fra irrelevant, og identifisere meningsbærende enheter (Malterud, 2011). Jeg gjorde da en systematisk gjennomgang av intervjuene og markerte tekstutdrag med ulik farge etter tema og plasserte dem inn under overskriftene jeg skapte i første trinn. En slik systematisering kalles koding (Malterud, 2011). Jeg startet kodingen med fargepenner og papir, men for å få bedre oversikt ble prosessen fullført på PC (se figur 1). De fargelagte tekstbitene ble klippet ut av teksten, merket etter intervju og plassert inn i et skjema med kolonner for hvert tema. Underveis i arbeidet oppdaget jeg at noen av setningene passet inn under flere tema, og at nye tema dannet seg. Dette er en del av prosessen i følge Malterud (2011). Videre sier hun at forskeren nå kan ta frem igjen sin forforståelse og teoretiske referanseramme. Da kan forskeren se om kategoriene faktisk sier noe om problemstillingen eller om det er tatt med et fremmedelement, og forforståelse kan ha påvirket i første trinn. Sorteringsarbeidet startet med elleve temaer og ble redusert til ni.

Figur 1: Eksempel på fargekoding i transkripsjonene, inndelt etter ulike tema.

Temainndeling:	Kroppslige reaksjoner	Relasjon	Pårørende	Følelser	Refleksjon	Oppfølging
Informant:	«Først så var det jo som et sånn, slag i magen: Å nei! Og så det at det var han, som, altså vi er jo forskjellige, men han var for eksempel spesiell for meg. Og selv om jeg ikke hadde han akkurat nå eller denne gangen så har jeg vært primærkontakten hans før, jeg har snakka med familien hans, vi har på en måte ting til felles som vi kunne ta opp tråden på når han var her. Og så ble jeg bare utrolig lei meg, fordi det er jo veldig trist. [. . .] Og familien hans ikke minst. Altså, stakkars, stakkars de som har vært så redde. Og så det dramatiske i måten som han gjorde det på. Det snakka vi ikke så veldig mye om den dagen, det har kommet opp litt senere det, det har vi snakket om, men.. Jeg kjente meg faktisk bare helt lamma.»					

Det tredje trinnet i analysen er en systematisk kondensering eller fortetting av innholdet i de meningsbærende enhetene. Det omtaler Malterud (2011) som å gå fra koder til mening. Det ble opprettet en ny kolonne på skjemaet hvor jeg laget et sammendrag av innholdet i de meningsbærende enhetene, såkalte «kunstige sitater». Essensen i hva innholdet egentlig handlet om kom til syne, noe som førte til at enkelte av kodegruppene ble fjernet, slått sammen eller inndelt i undergrupper (se figur 2). Med et rikt og relevant materiale vil forskeren kunne se ulike nyanser som beskriver flere meningsaspekter, og danne tilsvarende undergrupper. Undergruppene er nå analyseenheter (Malterud, 2011). I trinn tre utviklet det seg i min studie seks kodegrupper, med undergrupper. Hvilke undergrupper vi fester oss ved preges av det faglige perspektiv og ståsted som vi leser materialet vårt ut fra (Malterud, 2011).

Figur 2: Tekstboken er en illustrasjon for å vise hvordan jeg har arbeidet med analysen.

Tema	Tekst utdrag	Fortetting	Nytt tema/ kode	Undergruppe
Umiddelbare følelser og reaksjoner	Det var jo et sjokk for alle oss som kom på jobb akkurat da. Altså, dette er en vi kjenner og som vi er glad i, altså så det var vanskelig. Først så var det jo som et sånn, slag i magen: Å nei! Og så ble jeg bare utrolig lei meg, fordi det er jo veldig trist.	Et sjokk. En vi kjenner og er glad i. Det var vanskelig. Et slag i magen, «Å nei», utrolig lei meg og trist.	Reaksjoner	Følelser Kroppslige reaksjoner

I analysens fjerde trinn skal teksten i følge Malterud (2011) rekontekstualisere ved at forskeren sammenfatter betydningen og skaper nye beskrivelser eller begrep som kan gjenfortelles til leseren. Det er viktig at man er lojal til informantenes utsagn når man formidler sammenfatningen. Med utgangspunkt i teksten som tilhørte de ulike kodegruppene, trakk jeg ut sitater som jeg mente belyste problemstillingen. For å sikre at jeg hadde fått med det som var betydningsfullt fra intervjuene, lyttet jeg igjennom dem en gang til, samtidig som jeg leste transkripsjonene. Sitatene ble så sortert etter innhold og gitt hver sin innledende tekst med uttrykk fra den meningsbærende teksten. Da sitatene var på plass valgte jeg å slå sammen noen kodegrupper og undergrupper. Malterud (2011) legger vekt på at ikke sitatene skal bevise at funnene stemmer, men at de skal være eksempler og utdype det den analytiske teksten handler om. Kodegruppene fikk sitater som overskrifter, tilpasset etter innhold i teksten. På den måten får leseren en liten pekepinn på hva informantene har uttalt. Med denne trinnvise analysen har det utviklet seg fire kodegrupper med syv undertemaer som belyser studiens problemstilling og forskningsspørsmål. I sitatene har jeg tatt bort markering av tenkepauser og unødvendige fyllord som ikke endrer innholdet i sitatet. Ordrett skriftliggjøring av tale kan gi leseren et annet bilde eller risikere å latterliggjøre informantens uttrykk. Det er derfor ikke uvanlig å redigere teksten noe (Malterud, 2011). Enkelte steder har jeg redigert sitatene for å få bedre frem meningsinnholdet i det som ble sagt. Der det står tre prikker i en klamme "[...]" indikerer dette at deler av sitatet er utelatt fordi det var gjentakende eller ikke relevant. Det siste jeg gjorde var å gå tilbake til transkripsjonene og kikket over sitatene på nytt for å se om de hadde blitt referert riktig og satt i riktig kontekst. Funnene må valideres og ses i sammenheng med hvor de ble hentet fra (Malterud, 2011). Sammenfatningen av funnene kan leses i kapittel fire, med overskriften: «Resultater».

3.7 Metodekritikk

Fordelen med en kvalitativ tilnærming er at man får undersøkt betydningen av folks erfaringer, ved å fordype seg i deres opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2009), men det kan være utfordrende å beskrive dens overføringsverdi. I dette avsnittet vil jeg se nærmere på validitet (forskningens troverdighet/gyldighet) og reliabilitet (forskningens pålitelighet).

Validitet dreier seg om hvorvidt metoden er egnet til det den skal undersøke, om en måler det en faktisk ønsker og måle (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg har tidligere i dette kapitlet beskrevet hvilken metode som er benyttet og hva som har lagt grunnlag for det valget. I

oppgaven har jeg forsøkt å tolke dataene på en slik måte at informantenes mening og utsagn har blitt ivaretatt på best mulig måte. Jeg har tolket med forsiktighet for å ivareta gyldigheten av data. Spørsmålet er da om resultatene av undersøkelsen representerer den virkeligheten som har blitt studert (Thagaard, 2009). I avsnittet, «3.5 Analyse», er det redegjort trinnvis for hvordan analysen er utført og hva som har gitt grunnlag for tolkning og konklusjon i oppgaven.

I studien er det gjort et strategisk utvalg av informanter. Jeg ønsket å intervju sykepleiere knyttet til akuttpsykiatrien på Østlandet. Utover de nevnte kriteriene, i avsnitt 3.2, var det opp til hver enhet hvem som deltok. Gjennom en slik utvelgelse kan man ikke kontrollere hvem som stiller til intervju, noe som både er positivt og negativt. I mitt tilfelle var det noe vanskelig å få tak i informanter. Det kan tenkes at de som stilte opp kanskje hadde et ekstra behov for å snakke om det de hadde opplevd. Sykepleiere som har opplevd selvmord, uten at de har blitt særlig berørt av det, kan ha tenkt at jeg ikke ville ha nytte av å intervju dem. Det kan også være at noen er negative til intervju, at de syntes det er ukomfortabelt eller at det er for mye bry å delta når man ikke får noe direkte belønning for det. Forskeren må i følge Thagaard (2009) beskrive hvordan hans erfaring med prosjektet og hans relasjon til informantene har gitt grunnlag for de konklusjonene han har kommet frem til. Det søkte jeg å ivareta ved at informantene på forhånd fikk tilsendt intervjuguide og et skriv om studien som forklarte hva hensikten var. På den måten sørget jeg for at retningslinjene var klare og like for alle informantene, og at vi hadde tilnærmet felles utgangspunkt da vi gikk inn i intervjuet. Alle informantene var kvinner og utvalget var en forholdsvis homogen gruppe innenfor det feltet jeg ønsket å forske på. Jeg vurderte utvalget som tilstrekkelig i denne studien, da det var sykepleiernes subjektive opplevelse jeg var ute etter og jeg fikk målt det jeg ønsket å måle. Et større utvalg kunne kanskje gitt et bredere materiale, med flere funn, men undersøkelsens mål var ikke å trekke en endelig slutning på et generelt grunnlag. Et optimalt utvalg skal være overkommelig, og utvalgets sammensetning må inneholde et tilstrekkelig rikt og variert materiale om det en ønsker å si noe om når studien er gjennomført (Malterud, 2011).

Reliabilitet går ut på om arbeidet er gjort på en slik måte at det kan reproduseres av andre forskere. Det handler om konsistens og troverdighet i forskningsresultatene (Kvale & Brinkmann, 2009). I studien har jeg benyttet en semistrukturert intervjuguide. Det, og dialogen som da utvikler seg, innebærer at ingen av intervjuene har blitt helt like. Fordelen er at forskeren følger informantens fortelling, men samtidig passer på å få informasjon om de

temaene som er fastlagt i guiden (Thagaard, 2009). Denne tilnærmingen kan gjøre det vanskelig å reprodusere studien. Hovedfunnene ville kanskje blitt de samme, men hvor forskeren velger å sette fokus påvirker resultatene. Jeg fikk et rikt materiale og gjorde et sortert utvalg for å svare best mulig på problemstillingen. En annen forsker ville kanskje trukket frem andre funn. Noen av funnene samsvarer med tidligere studier som er gjort. Det kan være med på å bekrefte at det er validitet og reliabilitet i oppgaven.

3.7.1 Forskerens rolle

Forskningen handler om å gjøre grundige, reflekterte vurderinger og beslutninger gjennom hele forskningsprosessen. Forskeren påvirker og blir selv påvirket av det som skjer gjennom forskningsprosessen (Nilssen, 2012). I gjennomføringen av denne studien har jeg vært bevisst min egen opplevelse knyttet til det å ha mistet en inneliggende pasient i selvmord. Spørsmålet er ikke hvorvidt forskeren påvirker prosessen, men hvordan (Malterud, 2011). Gjennom å være bevisst den forforståelsen vi tar med oss inn kan vi lettere skille det fra den kunnskap vi tilegner oss underveis (Dalland, 2012). Beskrivelser fra min egen opplevelse av å miste en pasient i selvmord er med på å sette et personlig preg på oppgaven. Det kan være både en styrke og en svakhet å ha egen erfaring på området man forsker på. Det kan være med på å farge forståelsen og tolkningen av intervjuene. I analysefasen er forskerens innflytelse fremtredende. Forskerens relasjon til fagmiljøet, kolleger og annen forskning kan prege forskerens forståelse av resultatene (Thagaard, 2009). Alle informantene ble på forhånd informert om min erfaring på området. Jeg antar at det bidro til å skape en åpen relasjon mellom forsker og informanter.

4 RESULTATER

I dette kapittelet presenteres resultatene fra analysen av intervjuene. I analyseprosessen kom det frem følgende fire tema: reaksjon og refleksjon, relasjoner, å komme tilbake på jobb og oppfølging. Alle temaene har egne underkapitler for å gi utfyllende svar på studiens to forskningsspørsmål som er: «Hvordan beskriver sykepleierne sin opplevelse?» og «Hvordan beskriver de oppfølgingen de fikk?» Som overskrifter til underkapitlene er det valgt ut enkelte sitater som karakteriserer temaene.

4.1 Reaksjon og refleksjon

Da informantene oppdaget, eller fikk vite, at pasienten hadde tatt sitt liv, brukte flere begrepet sjokk da de beskrev de umiddelbare følelsene som oppstod. I tillegg ble kaos og hjelpeløshet nevnt.

«Det var jo et sjokk for alle oss som kom på jobb akkurat da.[. . .] Og så ble jeg bare utrolig lei meg, fordi, det er jo veldig trist.»

«Det er jo en sjokkerende opplevelse. [. . .]Jeg vil nesten beskrive det mest som kaos altså. Du vet liksom ikke helt hvor du skal begynne og hva du skal gjøre. Og det du gjør er liksom på instinkt. Også hjelpeløshet selvfølgelig. Altså kaos og hjelpeløshet, sjokk, hvis man kan kalle en sann... ja. Og det å miste litt retning, eller man blir på en måte i en sann slags transe nesten, en slags uvirkelighetsfølelse da. Sann at kanskje ikke før etterpå at du begynner virkelig å forstå hva som har hendt.»

En av informantene beskrev at hun ikke opplevde dødsfallet som et sjokk, fordi hun var klar over at pasienten var kronisk suicidal.

«Det går jo litt sann kaldt og varmt gjennom deg akkurat når hun sier hva som har skjedd.[. . .] Det var jo ikke helt uventet heller, sann at jeg må jo si at jeg... men nei, jeg følte ikke at det var noe sjokk, det var det ikke, det var litt sann: «Å ja». Fordi at jeg hadde jo vært obs på at vi må være litt på vakt og han er kronisk suicidal. Selv om han sitter og benekter så visste vi jo at det var en risiko, så det var ikke noe sjokk egentlig.»

For noen av informantene kom de umiddelbare følelsene i form av kroppslige reaksjoner. Beskrivelser som lammelse, nummenhet og som et slag i magen ble nevnt.

«Først så var det jo som et sånt slag i magen: «Å nei!» [. . .]Jeg kjente meg faktisk bare helt lamma.»

«Men jeg husker den der tungheten og tomheten at man blir helt sånn der tung i hele kroppen og at det setter seg her (tar seg til hodet). Det husker jeg veldig godt. [. . .] Og så gikk det liksom ned i magen og så fikk... ble jeg sånn der nummen i hele kroppen. Det er det jeg husker.»

4.1.1 «Det ansvaret en har går det jo ikke an å kvitte seg med»

Flere av informantene beskrev at de kjente på en skyldfølelse, men mente at dette var en naturlig reaksjon etter et selvmord. Skyldfølelsen knyttet de til sitt ansvar som sykepleier. Et ansvar de mente en ikke kan frigjøre seg fra.

«Selvfølgelig så kjenner man på skyld, man går jo igjennom sånn, hva kunne man ha gjort? Kunne man ha oppdaget dette tidligere? Alle disse naturlige følelsene som kommer opp da. Og er det noe vi kunne ha sett? [. . .] Var det noe vi skulle ha oppdaget? Det er klart.»

«Jeg tror jeg var redd for at jeg hadde skyld i hvert fall. Det tror jeg. Det går jo på en måte ikke an å frigjøre seg fra at jeg hadde ansvaret, heller. [. . .] Jeg har vel litt sånn behov for å forklare at jeg ikke har skyld, for å si det sånn. Eller jeg hadde det veldig for meg selv, spesielt, men altså, det ansvaret en har går det jo ikke an å kvitte seg med, det må en jo ta.»

Flere av informantene følte behov for å gå tilbake og se om de hadde gjort alt de skulle, og beskrev at dette behovet kom raskt. I tillegg reflektert de fleste over om det var noe de kunne gjort annerledes.

«Begge de nettene så var det vanskelig å sove, selvfølgelig. Alt du gikk igjennom hele tiden, hele forløpet. Og hva som skjedde og hva man kunne ha gjort, og har man gjort det man skulle?»

«I etterkant så tenkte jeg veldig mye på det, og særlig den at man går tilbake til hva man har skrevet. Hva var det jeg sa? Tok jeg opp det? Sa jeg at vi må være obs? Skrev jeg det ned? Dokumenterte jeg riktig? Og det føler jeg, altså. Jeg føler meg trygg på at jeg hadde gjort det da og det føltes godt. Jeg tror jeg hadde reagert veldig annerledes hvis jeg ikke hadde på en måte, mitt på det rene der. Da tror jeg at jeg hadde kjent på en litt annen følelse, det tror jeg.»

Flere av informantene uttrykte tvil om at de har gjort alt rett. De beskrev hvordan de følte at de ikke hadde gjort en god nok jobb, eller at en selv ikke var god nok. Flere beskrev også opplevelsen av ikke å ha tiltro til egne evner lenger.

«Så kom alle tankene og følelsene om at jeg ikke hadde gjort en god nok jobb, at jeg ikke var flink nok, at jeg var... At jeg liksom ikke hadde brydd meg nok om han, samtidig som jeg liksom tenkte at jo, jeg har gjort nok, men så kom de der tankene mer og mer etterpå da.»

«Jeg var litt sånn der, jeg var ikke der engang, og hvordan kan det ha så sterk effekt på meg? Kanskje jeg ikke egner meg å jobbe i psykiatrien, hvis jeg er så sensitiv?»

Videre reflekterte samme informant:

«Hvordan kan folk ta livet sitt når de faktisk er innlagt her? Det ble sånne umiddelbare følelser. [. . .]Hvordan skal vi få passet på dem nå, hva skal vi gjøre? Vi kan jo ikke slippe de ut. Selv om det ikke stemmer så blir det en liksom umiddelbar manglende tiltro til egne evner da. Når noen som man har ansvar for evner å ta livet sitt.»

4.1.2 «Han må ha vært ekstremt fortvilet»

Behovet for å sette seg inn i hva pasienten tenkte og følte rett før selvmordet ble uttrykt fra flere av informantene. Måten pasienten gjennomførte selvmordet på hadde gjort inntrykk, og flere av informantene beskrev hvordan de lagde seg bilder av det som skjedde, uten å ha vært tilstede.

«Blant annet de første dagene så hadde jeg sånne konstante flashbacks i forhold til han. Både hva han tenkte.. Fikk han lyst til å ombestemme seg? Men også bilder fra etter at han var død. [. . .]Men det å høre at faktisk veldig mange hadde den opplevelsen, og fikk sånne bilder hele tiden, det gjorde det litt mer normalt da.»

«Hva tenkte han da han stod der og gjorde det han gjorde? Hele den settingen der var så grusom da. [. . .] Jeg så for meg at han gikk dit han gjorde og liksom, hva han tenkte og hva var det som skjedde? Hva skjedde oppe i hodet hans liksom? [. . .]Så grusomt han må ha det. At han må stå foran det valget, det tross alt var da, og gjøre det han gjorde da.. Å ha de tankene når du går nedover, må jo ha vært helt ute av sitt eget skinn, utrolig vanskelig å sette seg inn i altså. Han må ha vært ekstremt fortvilet. Bare den fortvilelsen liksom, det er jo et stykke dit»

«Jeg ser han på en måte for meg, uten at jeg egentlig så han på medisinsk overvåkning. Jeg har et bilde av hvordan det så ut, eller liksom har laget meg et bilde da. Om at han lå i den senga der.»

4.2 Relasjoner

Informantene beskrev hvordan de som sykepleiere var opptatt av å skape en god relasjon med både pasienter og pårørende. De beskrev hvordan ulike elementer kunne avgjøre om relasjonen ble god eller ikke, og at de kom nærmere noen pasienter enn andre.

«En pasient som jeg føler at jeg har kjent lenge. Han er en som det var lett å bli glad i. Veldig åpen og vennlig, og på en måte delte fra livet sitt og man fikk på en måte en relasjon da. [. . .] Så han var en av dem da, det kan man jo ofte si om pasienter.»

«Vi møtte kanskje litt sånn på interesser i forhold til aktivitet og i forhold til relasjon da hvert fall. [. . .] At han på en måte var veldig sånn hyggelig å forholde seg til, eller han var lett å ha en god relasjon med, på grunn av at han var veldig positiv.»

En av informantene beskrev sin relasjon til pasienten som profesjonell.

«Det er noen pasienter man kommer nærere enn andre, og noen du har karisma med og noen du... ja. Det var ikke noe sånn betydelig at jeg følte at vi var veldig sånn, ja, hva skal jeg si... at, altså det var veldig profesjonelt vil jeg si da.»

4.2.1 «Han var for eksempel spesiell for meg»

Den relasjonen sykepleierne hadde til pasienten ble beskrevet som betydningsfull.

Informantene beskrev at relasjonen virket inn på hvordan de reagerte da pasienten tok selvmord. Flere beskrev at de kjente pasienten godt og derfor syntes selvmordet gjorde dem personlig trist, som å miste en de var glad i.

«Det var veldig mange som var veldig lei seg. Altså, dette er en mann vi kjenner og som vi er glad i, altså, så det var vanskelig.»

«Jeg synes det var utrolig trist. Rett og slett, sånn personlig trist. Akkurat som det var en venn synes jeg. Sånn personlig trist var det, det var veldig, veldig trist rett og slett. Ja. Så det var egentlig det første. Jeg bare syntes det var helt tragisk, at det kunne skje på en måte.»

Andre beskrev at de ikke kjente pasienten så godt. De kjente seg ikke spesielt knyttet til vedkommende og følte da mindre etter at pasienten tok sitt liv.

«Så er det sånn man kjenner.. Altså hvis man er i nærkontakt, og hvert fall han ene da. [. . .] Da kjente jeg på en sorg i forhold til... for han kjente jeg så godt. Så jeg var i begravelsen og sånn, hans da. Men de andre kjente jeg ikke sånn og det har litt å si syntes jeg.»

«Jeg har mindre følelser på en måte rundt han. Og det tror jeg har med at jeg kjente han så dårlig. [. . .] Jeg følte meg jo veldig lite knyttet til han, for å si det sånn, rett og slett.»

En av informantene mente det var greit at sykepleiere sørget over å ha mistet en pasient i selvmord, at det var normal sorg.

«Og så det at det var han som.. altså vi er jo forskjellige, men han var for eksempel spesiell for meg. [. . .] Men jeg tenker, det er jo et tap for oss også, det er jo noen som vi, eller jeg, har møtt og bryr meg om. [. . .]Jeg tenker at det er normal sorg, det er ikke noe sykelig eller galt over det. Sånn at jeg er ganske komfortabel med at det er okay å sørge over en pasient. Og om det pågår en stund til så, skal jeg nok tåle det.»

«Ja, det er litt sånn, at det er nærere på en måte. Du bare har lyst til å gråte der og da, en sorg både for han og familien. Det er litt sånn, man klarer ikke helt å dytte det... man går litt mer inn i det liksom, man åpner litt mer slusene på en måte. Litt vanskelig og forklare. Jeg tenkte at, okay. Det var liksom litt sånn riktig akkurat med han synes jeg. Man har jo hørt om andre også som man ikke kjenner så godt, så da kjenner man kanskje litt mer på en overfladisk tristhet da.»

4.2.2 «Å ha god kontakt med familien»

Informantene beskrev at den relasjonen de hadde til pårørende, både før og etter pasientens selvmord, var betydningsfull. Det var også pårørendes holdninger til sykehuset. En av informantene beskrev hvordan de hadde forsøkt og få en relasjon med pårørende uten hell.

«Vi hadde prøvd så veldig å få pårørende og barna på banen i behandlingen, uten at vi hadde det. Vi hadde fått så dårlig dialog med kona, vi hadde prøvd det også!»

Relasjonen informantene hadde med pårørende virket inn på hvordan sykepleierne opplevde selvmordet.

«Jeg tror det blir enda nærere. Det tror jeg. Det kostet meg veldig mye å ringe og slå det nummeret. Og liksom vente på at en stemme skulle ta telefonen og komme med en sånn beskjed. [. . .] Så det er klart at da kan du liksom identifisere deg veldig med pårørende. En tenker jo liksom at, tenk om en selv liksom skulle fått en sånn beskjed da. Hvor grusomt det er. Og det å være den som formidler det, skulle gjerne ha unngått det altså, men det var meg som måtte gjøre det, jeg kunne liksom ikke belaste andre med det. [. . .] Så det, det er grusomt altså, å ringe og gi disse beskjedene. Det kommer ennå nærere syntes jeg, når en snakker med pårørende.»

To av informantene hadde opplevd flere selvmord på posten og erfart hvilken rolle relasjonen spilte. De opplevde å ha både god og dårlig relasjon til pårørende. De syntes det gjorde hendelsen lettere å håndtere hvis de hadde opparbeidet en god relasjon.

«Det som var litt annerledes med det her da, var at her hadde vi så god kontakt med familien. For med det andre så fikk vi ikke de på banen. Alt rundt han ble liksom vanskelig, men her så.. Og det føler jeg at hvert fall når sånne ting skjer er litt lettere da. Å ha god kontakt med familien.»

«Jo, så familien fikk et helt annet forhold til forløpet, enn den forrige familien fikk da. At de opplevde veldig sånn at han hadde blitt ivaretatt i den grad vi kunne få det til. Så både, på en måte sorgprosessen for dem ble på en helt annen måte.»

Å få støtte fra de pårørende etter et selvmord av en inneliggende pasient ble tematisert. Informantene bekreftet at det var fint med støtte fra de pårørende, selv om det var forståelig om pårørende var kritiske til sykehuset og følte at det ikke hadde blitt utført en god nok jobb.

«Foreldrene tok det jo også ikke noe sånn klandrende til oss som institusjon, for det kunne, tror jeg, vært verre, hvis man opplevde at de pårørende syntes at vi har handlet veldig feil, at vi har gjort noe feil ved å gi han permisjon osv. De opplevde at han var kronisk suicidal og at dette her kom til å skje uansett, sånn opplevde de det da. Så de var mer sånn takknemlige og takket sykehuset og takket for oppmøtet i begravelsen.»

«Å få sånne beskjeder. Jeg har barn selv, og hvordan det er å få en sånn beskjed, det er jo bare helt grusomt. Jeg skjønner jo godt at de, at man, for å lette sin egen... Altså, litt sorg og skyld, liksom, overføre det til avdeling, det skjønner jeg veldig godt.»

«Det er klart, de var jo lei seg. Og hadde en slik umiddelbar forestilling, om at, «Ja, men passer dere ikke på han?» Som jo er veldig forståelig. Og etter hvert så var de litt mer sånn, «Ja, men det kan jo ikke være så lett for dere heller og hvis ikke dere fanger det opp så hadde hvert fall ikke vi fanga det opp.» De har ikke noe plikt i å ivareta oss, men det var samtidig litt godt å høre at også de var litt der da.»

4.3 Å komme tilbake på jobb

Det å komme tilbake på jobb igjen var for mange av informantene en påminnelse om selvmordet. De beskrev at å komme tilbake på arbeidsplassen eller i nærheten av åstedet kunne fremkalle minner.

«Nå tenker jeg ikke så mye på det, men det er en påminnelse hver gang jeg kommer inn på huset her. Og jeg har også veien min til og fra jobb forbi åstedet. Så det å være der, hver eneste dag, det gjør jo at det blir aktivert. Det gjør jo det.»

«Når jeg går inn på sånn som på det toalettet da kommer det over meg, de bildene. Det bildet kommer. Og jeg tenker faktisk på det hver gang jeg åpner den døren, men jeg tenker ikke på det i dagliglivet før jeg skal inn dit da.»

Noen av informantene nevnte at de var blitt mer observante hvis det kom inn pasienter med samme problematikk som avdøde.

«Når vi fikk inn menn av den typen, så husker jeg at jeg ble mer obs på dem. [. . .]Den type pasienter er ganske sånn skumle typer.»

«Og hvert fall hvis du får den samme problematikken da, så vil du liksom ha det litt i bakhodet at det kan skje veldig uventet. Selv om pasienter blir spurt i rutinespørsmål, om: «Er du suicidal?» Nei. Benekter og benekter, så er ikke det noe forsikring om noe som helst.»

4.3.1 «Redselen for å skulle oppleve dette igjen»

Informantene beskrev hvordan de etter selvmordet kjente seg usikre og var blitt mer nervøse på jobb. For å kunne kjenne seg tryggere ble de mer observante og nøye i sine oppgaver.

«Det er noe som setter seg og som på en måte vedvarer. Selv om man kanskje ikke har det så bevisst, så ligger det nok i underbevisstheten at man har kommet til, og funnet noen som er nær ved å dø og som har dødd. Det er klart det og det gir en usikkerhet når du går på jobb, det vil jeg absolutt si. [. . .] Og disse her, alle disse vurderingene som gjøres, men likevel så skjedde dette, så det er på en måte en usikkerhet som du har med deg på jobb ganske ofte. [. . .] Og at jeg kanskje kontrollerer og sånn litt mer enn de fleste andre. Men nå er jeg sånn da, sånn som liker å ha oversikt og kontroll, men jeg har hvert fall ikke blitt noe mindre preget av det etterpå. Det har jeg ikke. Så det første jeg gjør når jeg kommer på jobb er å gå innom alle rom. [. . .] En får en trygghet på at alt er i orden da.»

Til forskjell fra tiden før selvmordet beskrev informantene at de nå var mer klar over og forberedt på at selvmord kunne skje, samtidig som de kjente på en usikkerhet i forhold til hvordan de da ville håndtert situasjonen. De kjente også på en frykt for om de ville klare det.

«Redd er jeg ikke, men jeg er alltid klar over muligheten for å si det sånn, for å finne noen, det er jeg. Jeg tenker alltid på det når jeg går inn på bad og ikke finner... eller for å lete etter noen, så er jeg alltid forberedt på at det kan være noe. [. . .] Det tror jeg nok ikke at jeg var på forhånd, så bevisst på at jeg alltid kan finne noen, det er kanskje den største forandringen da.»

«Den redselen for å skulle oppleve dette igjen, og om man vil takle det. Altså, jeg er ikke veldig drevet i gjenopplivning, så det er jo en sånn redsel og en frykt, for at man skal kunne ikke klare å handle da, eller redde en som man kanskje kunne ha reddet.[. . .] Jeg orker ikke og stå alene da, hvis jeg skulle oppleve dette igjen.»

En av informantene hadde blitt veldig oppmerksom etter selvmordet og mente det kom til å ta tid før hun stolte på seg selv, i frykt for at det kunne skje igjen.

«Jeg kjenner at jeg har blitt veldig aktivert, og er redd for at det skal skje igjen. Og vanligvis så er man kanskje, eller man er jo i en dialog med behandler om dette med utgang og status og avtaler. Og kanskje hvis man har lang erfaring og har vært her lenge, har kjent pasienten, så har man kanskje en fordel som behandler ikke har. [. . .] At man kan si noe om at, vet du, ja men denne dama eller mannen kjenner jeg, og de kan vi stole på. Hvis de har sagt at de skal være ute i to timer så kommer de tilbake. Jeg har kjent at der har ikke jeg

kommet enda at jeg kan gjøre det. Nå er jeg bare litt glad hvis noen har tatt en avgjørelse. [. . .] Jeg er ikke klar til og på en måte stå litt mer på barrikaden i forhold til å gi pasienten mer utgang.»

4.4 Oppfølging

Oppfølgingstilbudet som informantene fikk, var forskjellige. Noen av informantene var på jobb da det skjedde, mens andre ikke ble informert om det før på jobb dagen etter, eller over telefon.

«Så ble jeg oppringt av avdelingssykepleier.[. . .]Og da er det jo vanlig prosedyre at man møtes og snakker om hendelsen, og jeg ble invitert med på den. [. . .]Jeg hadde ikke anledning til å møte på det og jeg ble jo spurt om jeg trengte å komme inn og snakke med avdelingssykepleier og om det var noen andre. Så jeg følte at jeg ble veldig godt tatt vare på oppi det hele.»

4.4.1 «Selvfølgelig skal ikke du jobbe»

Flere av informantene beskrev at de fikk tilbud om å være på jobb uten pasientkontakt de første dagene etter selvmordet, noe de benytter seg av og syntes var godt. Flere av avdelingene hadde leid inn ekstra personell de påfølgende dagene.

«Den fredagen også, så fikk vi jo tilbud om: «Hvis det er noen som ikke orker å være her, så kan dere gå hjem. Hvis det er noen som ikke orker å ha pasientkontakt, men vil være her, så er det greit.» Og de hadde leid inn noe ekstra folk, så det ikke skulle være lite folk her. Og hele uka etterpå så var det ekstra folk på jobb på kveld og helg sånn at det ble mindre på hver enkelt da.»

«Dette skjedde på en torsdagskveld, og fredag valgte jeg selv å komme på jobb, men jeg jobbet ikke. Og det gjorde jeg ikke på mandag eller tirsdag heller, men jeg var her. Og det var liksom veldig sånn: «selvfølgelig skal ikke du jobbe», men vi ble enige om at det var lurt at jeg var her bare for å ha folk rundt meg da.»

Samtlige av informantene fikk tilbud om gruppesamtaler i etterkant av selvmordet. Gruppene varierte fra å være små, med kun de som var direkte involvert i hendelsen, til større forum hvor alle fikk tilbud om å delta.

«Altså da, den kvelden møttes vi alle som var på jobb, sammen med legen og hadde debriefing, det husker jeg. Der var jeg nok kanskje og delvis pådriver selv».

«Dagen etter da, så kom jeg tilbake på jobb, og da var det jo for det første informasjonsmøte til pasienter. [. . .] Så var det samtale mellom avdelingsleder og meg og den andre sykepleieren som var hans kontakt. Og så var det masse samtaler i store plenum, også med medisinsk post som hadde tatt imot han da. Og ledelsen på sykehuset, avdelingsoverlege, det var liksom en femten-tjue personer. Og det var liksom mye som dreide seg om å gå igjennom hendelsen da, og om man kunne gjort noe annerledes eventuelt da. [. . .]Ja, det var jo mye sånn i forhold til hva man tenkte og hvordan man opplevde det og sånn. Og så var det litt mer konkret. Hva hendte og hvem som gjorde hva. Vi gikk igjennom alt.»

For de som ikke var direkte berørt av hendelsen ble oppfølgingstilbudet beskrevet som noe annerledes, og de ansatte ble ikke fulgt opp like tett.

«Det ble tatt opp på personal- eller på behandlingsmøte og, men det har ikke vært noe organisert utover det, det har det ikke. Ikke som jeg har fått med meg i alle fall.[. . .]Men hun som er avdelingsleder sier at det er jo bare å komme og prate om det om man har behov, det er klart».

De fleste av informantene ble tilbudt en-til-en samtale med enhetsleder eller avdelingssykepleier, utenom allmøtene. De færreste benyttet seg av dette tilbudet.

«Da fikk jeg veldig god oppfølging. Da snakket jeg med hun som var enhetsleder da. På begynnelsen snakket vi mye sammen, kanskje hver dag. Så etter hvert så hadde vi en avtale, den tror jeg vi hadde veldig lenge, en gang i uken. Og vi snakket sammen kanskje en time. Så det var veldig fint. [. . .]Det var nyttig i forhold til det at bare det var noen som hørte på mine ting. Og at jeg liksom fikk, ja bare det å få prate ut om det, bare prate, prate, prate, prate. Det synes jeg hjalp. Og særlig fordi at for meg så ble det litt sånn der, for å få plassert det der som kom opp igjen da, bare få plassert det litt vekk igjen».

«Så hadde vi en debriefing etterpå, vi som var til stede og så hadde jeg en samtale med avdelingsleder, men så har jeg ikke hatt noen mer oppfølging etter det. Det er mulig man hadde trengt det, men det er ikke alltid så lett å vite hva man trenger, hvilke konsekvenser det får for en selv.»

En av informantene valgte og ikke delta på den organiserte oppfølgingen, men syntes det var ubehagelig å takke nei i frykt for å fremstå som en kald person.

«Jeg kan huske at jeg syntes at det var ubehagelig og man tenker på det etterpå, og det og liksom takke nei også til det da, for jeg kunne ikke. Tenkte jeg, Gud hvordan, hva vil folk tenke om det? En vil jo ikke bli oppfattet som en sånn kynisk, kald person heller.[. . .] Og når jeg kom på jobb, så var det ikke sånn at det var et ikke-tema for å si det sånn, det er jo ikke naturlig, så da snakket vi selyfølgelig om det. Jeg snakket med kolleger, jeg snakket med avdelingssykepleieren min, men ikke på den organiserte briefingen da.»

I forhold til i hvor lang tid informantene hadde fått oppfølging i etterkant var det kun en av informantene som hadde fått oppfølging ut over de samlingene som ble holdt i nærmeste tid etter selvmordet.

«Jeg tror nesten at det var et halvt år, faktisk. Hvis jeg ikke tar helt feil. Det lurte jeg på om det var altså. Det var lenge. Og så husker jeg at vi hadde en sånn avsluttende samtale med seksjonsoverlegen og pasientens behandler. [. . .] Jeg tror det at vi liksom ble enige om at nå var det nok.»

«Den oppfølginga av oss er på en måte ferdig. Nå er det litt mer opp til oss om vi ønsker videre oppfølging selv, og jeg har tenkt at, der er ikke jeg, jeg kommer ikke til å benytte meg av noe mer, sånn at, jeg har på en måte et litt avklart forhold til det nå da.»

4.4.2 «Jeg har ikke bedt om så mye heller»

Flere mente det kunne vært fint med en gjennomgang av pasientens sykehistorie slik at en kunne lære av hendelsen. En av informantene følte hun hadde fått mindre oppfølging etter dette selvmordet, sammenlignet med hva hun hadde fått forrige gang det skjedde et suicid på avdelingen. Hun savnet også mer forståelse fra en av lederne.

«Nå føler jeg at jeg har fått litt mindre, rett og slett. Men jeg har ikke bedt om så mye heller».

«Ja, hvis jeg skal tenke nå tilbake på hva som man trenger etter hvert da, så er det å gå kanskje litt mer igjennom hans sykdomshistorie, litt sånn få det faglige rundt vurderinger og litt sånn, uten at man liksom, at det blir klandrende for de som stod i det da. At det litt sånn, hva man tenkte og litt sånn at man kan sette seg inn i situasjonen. For å få den som en historie og kanskje bruke den en annen gang. Litt som en sånn case på en måte, det hadde vært nyttig synes jeg.»

«Jeg husker jeg savnet litt, for da hadde vi en annen gruppe. [. . .] Gruppeleder følte jeg at ikke hadde noen sånn forståelse for noen ting av de greiene mine og det savnet jeg.»

4.4.3 «Jeg har veldig trua på å jobbe igjen»

For å komme videre etter en slik hendelse kommer det til uttrykk hos informantene at det å komme tilbake på jobb og få mulighet til å snakke om selvmordet var hjelpsomt. Det var nyttig å få fortalt om opplevelsen, gått igjennom situasjonen og samtidig å ha folk rundt seg.

«Ja, det er det å gå på jobb dagen etter. Jeg syntes det hjalp meg egentlig å komme, møte de andre og fortelle hva som hadde skjedd og liksom bare gå igjennom

hendelsesforløpet på en måte. [. . .] Men som sagt så er det vanskelig å vite hva som hjelper og ikke hjelper altså, men jeg ville i hvert fall tilbake på jobb dagen etter og være her. Det har hjulpet meg i alle sånne situasjoner å komme tilbake med en gang, alt som normalt, hverdagen. Og det at det er folk rundt deg og det er jo en type støtte i det, i stedet for å sitte hjemme og gruble og liksom ta litt avstand fra det da, så har det hjulpet meg. Å møte opp.»

«Jeg har veldig trua på å jobbe igjen jeg da, og ikke sitte hjemme. Og da tror jeg kanskje hvis det hadde gått enda lenger tid nå, så kan jeg tenke meg da at man, det er noe med og liksom face de menneskene igjen og snakke med dem.»

En av informantene mente at det som hjalp henne best var å være alene. Å skjerme seg fra situasjonen og få ro til å tenke igjennom hendelsen.

«Det viktigste for meg var nok, å være aleine. Å tenke, å være i ro og tenke igjennom det, ja, faktisk. Kanskje det aller viktigste. Og så tror jeg det å bli skjermet i fra.. for det er klart at en er jo mye, antagelig var jeg jo mye mer sårbar da, rett etterpå.»

4.4.4 «Å ha støtte i eget fellesskap»

Flere av informantene trakk frem at det var miljø for å snakke om selvmordet på jobben og understrekte at støtte fra de rundt var viktig. Selv om det ikke var en del av den organiserte oppfølgingen mente de at dette var betydningsfullt.

«Også det å ha støtte i vårt eget fellesskap. Så sann sett så er vi jo heldige. Det finnes jo andre her som hadde han på poliklinikken eller i arbeidstrening som sitter litt mer aleine på sin arbeidsplass. Men det er et godt arbeidsmiljø her, så jeg synes jo vi har vært flinke til å ta vare på hverandre.»

«Jeg følte at jeg gjorde det jeg kunne gjøre. At jeg.. særlig så var det en god bekreftelse. [. . .] At det ikke var noe på en måte å påpeke, eller at det ikke var noe de sa at jeg skulle ha gjort, eller få noen bebreidelser. Og ikke denne avdelingsoverlegen heller, var ikke noe bebreidende altså. Og det betyr jo mye, og heller ikke noen på avdelingen heller. Så det er jo liksom noe som på en måte redder deg fra å bli fanget i den skyldfølelsen som man kunne ha blitt da, hvis man ikke hadde gjort det man skulle ha gjort.»

Flere av informantene ga uttrykk for at selv om en er klar over at en ikke vil kunne forhindre alle selvmord, så trenger en bekreftelse etter en slik hendelse. Flere opplevde det som støttende å høre fra andre at noen faktisk dør i psykiatrien, det minte dem litt på fakta.

«I begravelsen så sa presten, «Den eneste som har skyld i dette er han selv».»

«Man kan alltid garderes ved å nekte folk permisjon og nekte folk utgang, men når man er kronisk suicidal så er det veldig vanskelig da å forhindre. Noen mister man på veien, man gjør jo det.»

«Det ble sagt noe om hvor malignt dette egentlig var. At han ble rammet hardt, han var ung når han første gang var syk. Noen sa noe om at, eller det var vel en psykiater som sa at enkelte av disse psykiske lidelsene er jo mer ondartet enn kreft. Faktisk. Og minner oss på litt sånn fakta, at noen dør av dette faktisk. Ikke å alminneliggjøre det, men at sånn er det faktisk, det tror jeg vi har hatt godt av å høre sammen.»

«Denne avdelingen har jo vært sånn som siterer Gordon Johnsen som sa at «Det finnes jo dødelige sykdommer i psykiatrien og da». Sånn at det er jo en bevissthet om at det kan skje. Sant. Det er ikke sånn at en tenker at det vil aldri skje, eller kan ikke skje, for da vil jeg liksom ikke overleve.»

Informantene ga uttrykk for at de på ett eller annet tidspunkt følte at de hadde kommet over opplevelsen til en viss grad. At de hadde kommet seg videre og satt et punktum.

«Vi måtte jo selvfølgelig også informere pasientene. [. . .] Og jeg syntes faktisk det, at å sitte i det rommet, å sitte og gråte sammen med mine kolleger og pasienter, at det var noe sånn felles trøstende i det. Vi fikk satt et lite punktum.»

«I går så begynte det å bli prat om det igjen på et personalmøte og da kjente jeg at dette er for mye for meg, nå har jeg egentlig kommet meg litt videre, vært i begravelsen, vært på minnestund. [. . .] Og da kjente jeg at vet du, dette orker jeg egentlig ikke å snakke om nå».

4.4.5 «Jeg kan jo fortsatt den dag i dag plutselig tenke på det»

Informantene beskrev at de fortsatt tenkte på hendelsen i dag. Ikke daglig, men av og til. Det var ulike årsaker til hva som utløste disse tankene, men det kunne for eksempel komme hvis det var snakk om suicidalitet eller det å lete etter en pasient.

«Ja, det gjør jeg. Men ikke sånn daglig på en måte. Nå har det vært så mye snakk om suicidalitet og jeg var på suicidalitetsforebyggende kurs i går, alle sånne ting gjør jo at man tar det opp, men det er jo noe man legger fra seg, men tar det litt mer sånn bevisst kanskje nå da. Eller så kan man komme på det og så får du den at det er trist på en måte.»

«Ja, det gjør det vel. Ikke veldig ofte, men at jeg tenker på det, det gjør jeg, det er jo opplevelser en ikke kommer til å glemme. [. . .] I hvert fall i forhold til dette med å skulle leite etter folk, så tenker jeg på det.»

«Det er klart at det er jo fortsatt noe når en begynner å snakke om det som vekker tilbake, man blir jo litt sånn, får opp litt sånne følelser igjen og kjenner at en blir ikke så veldig tørr i munn, men litt liksom. At man får litt sånn fysiske, litte granne symptomer.»

5 DRØFTING

I dette kapittelet drøftes resultatene jeg kom frem til gjennom analysen av intervjuene.

Analysen førte frem til fire hovedtema som informantene anså som betydningsfulle i deres beskrivelse av opplevelsen. Jeg har valgt å drøfte nyanser i alle de fire temaene i lys av teori.

5.1 Etterlatte helsepersonell

De fleste behandlere som har mistet en pasient i selvmord ser på det som den mest dramatiske opplevelsen de har hatt i sin yrkeskarriere (Hendin et al., 2000; Grad & Michel, 2005). Å miste en pasient i selvmord kan utløse ulike reaksjoner hos helsepersonell. Flere studier viser at helsepersonell opplever mange av de samme reaksjonene som etterlatte pårørende (Grad, 1999; Anneberg, 2002; Larsen, 2012).

Når et dødsfall kommer «uforberedt» er det stor sannsynlighet for en sterk reaksjon (Sakinofsky, 2007). Det sies at en tredjedel av alle behandlere som opplever å miste en pasient i selvmord vil oppleve det slik (Hendin, 2006; Wurst et al., 2010). Hvis en i *forperioden* benekter, eller ikke ser risikoen for krisen, vil krisen komme mer overraskende på og en kan i sterkere grad bli preget (Weisæth & Kjeserud, 2007). Informantene i min studie beskrev at de ble sjokkert da de hørt om pasientens selvmord. Sjokket oppstår til tross for at en er klar over risikoen for selvmord når en jobber med mennesker i krise (Grad, 1999; Vråle, 2014). Det beskriver også halvparten av deltakerne i Hendin et al. (2000) sin studie. Sjokket kan henge sammen med at flere av behandlerne ikke hadde opplevd selvmord på flere år. De kan da ha fått en falsk trygghetsfølelse, slik at selvmordet kom «sjokkerende» brått på. Ingen av behandlerne i Hendins studie (2000, 2006) hadde heller skjønt siste gang de møtte pasienten at vedkommende var i en selvmordskrise. Det er en reaksjon jeg også kjenner igjen fra min opplevelse. Det var sjokkerende å finne ut at pasienten, som bare minutter tidligere hadde sett meg inn i øynene og sagt godt natt, hadde tatt sitt liv like etterpå. Det kom som et sjokk.

Av og til kan reaksjoner opptre under selve i krisen. Dette kan for eksempel utløses av visuelle inntrykk som gjør arbeidet overveldende (Dyregrov, 1990). I *påvirkningsfasen* er ofte reaksjonene automatiske og kroppen handler på instinkt (Weisæth & Kjeserud, 2007). Det kan være flere faktorer som spiller inn på hvordan en reagerer når en mister en pasient i selvmord.

Det kan handle om personlighet, dedikasjon til pasienten eller hvordan en håndterer stress, tap og kriser (Grad & Michel, 2005). I tillegg spiller behandlerens kjønn, alder og arbeidserfaring inn (Grad, 1999; Hendin et al., 2004). Forskning viser at jo mer erfaring en har, jo bedre rustet er en til å håndtere en slik krise (Wurst et al., 2010).

En av informantene beskrev at hun ikke opplevde dødsfallet som et sjokk, mens resten av informantene beskrev sjokk som en av de umiddelbare følelsene som oppstod. *Sjokkfasen* syntes ofte best på de som er direkte rammet (Weisæth & Kjeserud, 2007). Informantene beskrev også kroppslige reaksjoner som kjentes ut som lammelser, slag i magen, tomhet, nummenhet og tunghet i hodet og kroppen.

Sjokk, sorg, skyld og sinne er de fire mest vanlige reaksjonene hos både etterlatte pårørende og etterlatte helsepersonell (Hendin et al., 2000; Hendin et al., 2004). En finner også reaksjoner som benektelse, tristhet, selvbekreidelse, fortvilelse, hjelpeløshet, svik, nederlag og frykt for å bli klandret (Anneberg, 2002; Hendin et al., 2004; Ilner, 2012; Larsen, 2012). Dette var reaksjoner som også oppstod hos informantene i *reaksjonsfasen*. Spesielt la de vekt på skyld, sorg, hjelpeløshet og selvbekreidelse. Det hevdes at de som er ansvarlige for behandlingen er mer utsatt for de mer langvarige reaksjonene som skyld, sorg og tvil på egen kompetanse (Hendin, 2006; Lander & Nesje, 2004). I tillegg kan den som finner pasienten være ekstra utsatt for å få sterke reaksjoner i form av sanseintrykk som lyd, lukt, hørsel og fysisk berøring (Dyregrov, 1990; Lander & Nesje, 2004). Hendin et al. (2004), utførte en studie om hvorfor enkelte behandlere får sterkere reaksjoner etter pasienters selvmord. Noen av årsakene de kom frem til var frykten for feilvurderinger, for negative reaksjoner fra kolleger, og for å bli saksøkt. Selv om studien tar for seg behandlere kan vi se fellestrekk hos informantenes reaksjoner i min studie. Informantene nevnte også frykt for reaksjoner fra kolleger og frykt for å bli anklaget eller saksøkt. Det kan se ut til at dette er reaksjoner uavhengig av yrkesgruppe. Hendin et al. (2004) fant også at i tillegg til reaksjoner som sorg, sjokk, skyld og sinne, scoret de utsatte behandlerne høyt på utilstrekkelighet, engstelse og angst. Denne engstelsen og utilstrekkeligheten ble også beskrevet av informantene i min studie.

I ettertid av reaksjonsfasen kan en oppleve sinne, skvettenhet, dårlig samvittighet, søvnproblemer og frykt for ulykkesstedet (Weisæth & Kjeserud, 2007). Hos noen kan også PTSD lignende symptomer opptre. I tillegg kan mange begynne å tvile på seg selv, spørre seg om de ikke burde sett noe tidligere eller klart å forebygge selvmordet (Anneberg, 2002; Hendin et al., 2004; Ilner, 2012; Larsen, 2012). Dårlig samvittighet, søvnproblemer og frykt

for ulykkesstedet ble også beskrevet av informantene i min studie. I tillegg beskrev flere at de etter selvmordet tvilte på seg selv og følte at de ikke hadde gjort en god nok jobb. Sterke reaksjoner kan komme i form av påtrengende tanker om, lengsel etter, eller savn av den avdøde. En kan også knytte sinne og bitterhet til den døde (Sakinofsky, 2007). Jeg opplevde at jeg ble sint på pasienten. Hvordan kunne hun gjøre dette mot *meg*? Kunne hun ikke ventet til noen andre var på jobb? Like etter fikk jeg skyldfølelse for at jeg hadde tenkt noe slik. Larsen (2012) bekrefter at det å føle seg sveket av pasienten, for deretter å få skyldfølelse er noe flere opplever.

I *reparasjonsfasen* hadde flere av informantene behov for å forstå hvordan pasientens siste minutter hadde vært. Tema de var opptatt av var hva pasienten tenkte, hva han følte, hvor vanskelig det må ha vært og om han tenkte på å ombestemme seg. En av informantene beskrev konstante flashbacks de første dagene etter hendelsen, noe som ikke er uvanlig (Larsen, 2012). Selv opplevde jeg i tiden rett etter selvmordet at jeg så pasienten på gaten. Hun dukket ofte opp i store folkemengder, men forsvant fort igjen.

5.1.1 Utfordringer for etterlatte helsepersonell

I tillegg til emosjonelle reaksjoner finnes det andre konsekvenser som kan gi utfordringer for helsepersonell etter et selvmord. For eksempel er det forventet at helsepersonell skal klare å ivareta andre midt i egen sorg, at de fortsetter rutiner og er profesjonelle i yrkesrollen, selv om de har opplevd noe traumatisk (Larsen, 2012). Det å miste en pasient i selvmord kan oppleves som et nederlag. En føler på det både profesjonelt og personlig (Grad, 1999; Anneberg, 2002; Wurst et al., 2010). Mistillit til egen faglighet og dyktighet (Lander & Nesje, 2004), frykt for å bli klandret og følelsen av å ha sviktet pasienten er ikke uvanlige følelser (Hendin et al., 2000; Larsen, 2012). Etter et pasientselv mord kan både glede og motivasjon ved arbeidet gå tapt (Iler, 2012). Et selvmord reiser ikke bare profesjonelle spørsmål, tvil og forklaringer, det fremmer også personlige og grunnleggende menneskelige følelser (Grad & Michel, 2005). Det kan tenkes at enkelte helsepersonell har valgt denne jobben fordi de ønsker å hjelpe andre og da kan selvmordet oppleves som en massiv avvisning. Som et angrep på etisk grunnlagsforutsetninger og kjerneverdi i hjelpeprofesjonen sier Larsen (2012). Det å ha mislykkes i en relasjon en har engasjert seg i kan oppleves som en har sviktet sitt ansvar og plikt til å ivareta og opprettholde livsmot (Vråle, 2009, 2014). I nesten alle tilfeller hvor behandlere fikk en sterk reaksjon etter selvmordet, hang dette sammen med behandlers

følelsesmessige binding til pasienten (Hendin, 2006). Det er da viktig å huske på at pasientens kilde til dødslengsel oftest ligger utenfor hjelperens rekkevidde og har ikke noe med behandleren eller behandlingen å gjøre. Selv om det er i behandlingen den skal håndteres (Kåver, 2012).

Flere studier viser at kvinner blir mer berørt av å miste en pasient i selvmord enn menn (Grad & Michel, 2005; Wurst et al., 2010). Det er dobbelt så stor risiko for kvinnelige behandlere å få sterke reaksjoner (Hendin et al., 2004). Spesielt på «tristhet» skårer de høyere enn menn (Wurst et al., 2010). Dette er interessant, da informantene i min studie alle er kvinner. Grad (1999) fant i sin studie ut at det var betydelig flere kvinnelige behandlere som kjente på skam, skyld og behov for å bli trøstet etter selvmordet. Bakgrunn for dette kan henge sammen med at kvinner er mer vant med å snakke om følelser, og tør innrømme at de kjenner på skyld og skam (Grad & Michel, 2005). I denne studiens tilfelle nevnte alle informantene at de kjente på en skyldfølelse.

5.2 Å tvile på eget arbeid og seg selv

I forbindelse med et selvmord vil det raskt dukke opp spørsmål om det var noe en kunne gjort for å forhindre det. Selvransakelse og skyldfølelse er ikke uvanlig å oppleve (Ilner, 2012).

Flere av informantene beskrev de samme følelsene og den samme tvilen. En føler seg mislykket, ubrukbar og hjelpeløs fordi en opplever grenser for sin egen kunnskap og evne til å helbrede pasienter (Grad, 1999). En må være ansvarlig og profesjonell nok til å spørre om det var noe en selv eller teamet kunne gjort annerledes (Hjort, 2006). Å spørre seg selv om det en har gjort var rett eller om en har gjort nok er ikke uvanlig (Hendin et al., 2000; Lander & Nesje, 2004). En av informantene beskrev at hun følte hun hadde gjort det hun kunne og at det var en god bekreftelse at ingen påpekte at hun hadde gjort noe feil i ettertid. Hun understreket at dette betød mye og at det er bekreftelsen som redder en fra å bli fanget i den skyldfølelsen som lett kan oppstå om en ikke har gjort det en skulle.

«Kunne jeg gjort noe annerledes?» er et spørsmål som går igjen både hos etterlatte helsepersonell og etterlatte pårørende (Anneberg, 2002). Flere av informantene beskrev at de hadde reflektert over dette. De hadde behov for å gå tilbake og se om de hadde gjort alt de skulle. En av informantene måtte se om hun hadde dokumentert alt riktig. Hun sa det føltes godt å vite at en hadde gjort alt rett, og mente hun trolig hadde reagert annerledes og kjent på

en annen følelse om hun ikke hadde hatt sitt på det rene. En av informantene beskrev at hun hadde sovet dårlig de første nettene fordi hun hele tiden gikk igjennom forløpet om hva hun kunne ha gjort. Denne tvilen i ettertid beskriver også deltakerne i Hendin et al. (2000) sin studie. Rundt 80 % av de spurte mente de kunne forhindret selvmordet om de kunne gått tilbake og gjort ting annerledes.

Ved selvmord kan det dukke opp ekstreme følelser hvor en kan sette spørsmål ved egen profesjonell egnethet (Grad & Michel, 2005). Flere av informantene beskrev opplevelsen av ikke lenger å ha tiltro til egne evner. Følelsen av ikke å være flink nok, eller ikke å ha brydd seg nok ble gitt uttrykk for. En informant stilte spørsmål ved egnethet for å jobbe i psykiatrien siden hun var så sensitiv og ble så berørt. Selvmord er uopprettelig og kan oppleves som en dramatisk illustrasjon på at hjelpen ikke har nådd frem. Avmakt, tilkortkommenhet og mislykkethet er naturlige følelser knyttet til det (Larsen, 2012).

5.2.1 Ansvar og skyldfølelse

Det er få andre tilfeller som gir så strek skyldfølelse enn når en pasient en har ansvar for mister livet. En setter spørsmål til egen ansvarlighet, kompetanse og profesjonalitet (Grad, 1999). En av informantene påpekte at det er en selvfølge å kjenne på skyld når en går igjennom hva en har gjort og ikke gjort, og om det var noe en skulle oppdaget. Flere av informanten uttrykte det samme. Det finnes flere studier som har beskrevet behandleres reaksjon på selvmord, hvor skyldfølelsen er beskrevet som en av de hyppigst følelsene (Hendin et al., 2000; Hendin et al., 2004; Hjort, 2006). Skyldfølelsen er mest fremtredende hos de som føler seg klandret av institusjonen eller frykter søksmål fra pårørende (Hendin, 2006). Flere av informantene beskrev at en av de umiddelbare reaksjonene deres var «det var ikke min skyld», for å overbevise seg selv om at en ikke hadde skyld. Dette beskrives også av Hjort (2006).

Det er ikke uvanlig å tenke på hva de andre i fagmiljøet nå vil tro om en. En kan bli gående i sin egen skyldfølelse og selvtvil og tro at både kolleger og pårørende bebreider en (Larsen, 2012). Det er viktig å tenke igjennom behandlernes mentale arbeid med å skjelne mellom en skyldfølelse som har med faglig ansvar å gjøre, altså om en kunne gjort noe annerledes, og en skyldfølelse som har med mindre profesjonelle motivering å gjøre, som for eksempel angst, kollegers kritikk og juridisk etterspill (Hjort, 2006). Det er dessverre slik at enkelte blant både profesjonelle og pressen fortsatt er i den tro at alle selvmord kan forebygges. Denne debatten

kommer gjerne opp på et tidspunkt hvor profesjonelle er ekstra sårbare. Kanskje kan profesjonelle skylde seg selv til en viss grad for denne feilinformasjonen, ved for eksempel uttalelser som «hadde han bare kommet til behandling tidligere» (Larsen, 2012). Det er klart, noen selvmord ville en kunne hindret om pasienten kom til behandling, men ikke alle.

5.2.2 Etisk refleksjon

Selv mord blir nesten alltid betraktet som noe vi skulle forutsett og forebygget (Grad, 1999). Den sterke skyldfølelsen kan henge sammen med det ansvaret helsepersonell har for å ivareta pasientens liv og helse når han er innlagt. En av informantene uttalte at «det ansvaret en har, det kan en ikke kvitte seg med, det må en ta». Den holdningen sykepleiere har til selvmord, og forståelse av eget ansvar, vil påvirke sykepleierens handlinger i å ivareta pasientens liv. Når en pasient uttrykker motvilje mot, eller ikke samtykker til, intervensjoner som skal hindre selvmord, er det viktig at sykepleieren er bevisst egne holdninger og hvor ens ansvar er forankret (Vatne, 2006).

I arbeid med selvmordstruede møter vi forhold som ikke lar seg forene (Vråle, 2009). I lov om psykisk helsevern står det at pasienter som utgjør en alvorlig fare for eget liv kan legges inn under tvang (Psykisk helsevernloven, 1999). Som sykepleier er en lovpålagt i å hindre at inneliggende pasienter tar sitt liv (Helsepersonelloven, 1999). Dette kan stå i motsetning til pasientens ønsker. Det etiske dilemma kan oppstå når en balanserer mellom å ivareta pasientens integritet og selvstendige ansvar og det å beskytte pasienten (Vråle, 2009). Dette fører til vanskelige spørsmål som omhandler menneskers rett til å ta sitt eget liv, og andres plikt til å hindre dem i det.

Selv om pasienten skal ta ansvar for eget liv må av og til helsepersonell bryte inn og ta over ansvaret (Vråle, 2009). Innenfor psykisk helsevern vil i tillegg spørsmål om tilregnelighet dukke opp. Det kan være at pasienten egentlig vil leve, men ønsker å ta livet sitt nå fordi han er psykisk syk. Smerte er subjektivt og ofte ønsker ikke pasienten primært å dø, men han ønsker ikke å leve med smerten (Vatne, 2006). I tillegg er det ofte en betydelig ambivalens til stede i pasientens ønsker. Er det ikke da sykepleierens ansvar å ivareta pasienten frem til vedkommende selv kan ta ansvar for eget liv igjen? Følelsen av å ha sviktet pasienten var sterkt til stede hos meg etter selvmordet. Hva om pasienten egentlig ikke ville dø, men hadde håpet å bli funnet av meg i tide?

Det kan være krevende å bekrefte andres uutholdelige smerte uten å bekrefte håpløsheten (Vatne, 2006). Sykepleiernes ansvar omfatter å bry seg om og hjelpe andre. En må våge å være påtrengende på en respektfull måte (Vråle, 2009). Sykepleieren skal hjelpe pasienten til å oppnå et liv han anser som verdig, men det utelukker ikke at en kan ansvarliggjøre pasienten. Sykepleiere erfarer at de fleste selvmordstruede ønsker å leve dersom livsbetingelsene bedres (Vatne, 2006).

5.2.3 «Det finnes dødelige sykdommer i psykiatrien»

Informantene påpekte at selv om en har ansvar for noen så kan en ikke alltid helgardere seg for å unngå selvmord. I begravelsen til den ene pasienten hadde presten sagt at den eneste som har skyld i dette var pasienten selv. Informanten følte det var en lettelse å høre presten si dette. Det var også støttende når andre påpekte hvor malign pasientens lidelse var. En av informantene uttalte at enkelte av disse psykiske lidelsene er mer ondartet enn kreft og at noen faktisk dør av psykisk sykdom.

Som jeg skrev innledningsvis er det flere måter å forstå selvmordsatferd på. Shneidmans (1985) synspunkt er at selvmord og selvmordsforsøk må ses på som en atferd og ikke en sykdom. Han mener selvmordet bør ses på som en forståelig handling i en livskrise, fremfor et irrasjonelt utfall av en sinnslidelse. Jeg ser det som viktig å skille mellom synet på selvmord som en psykisk lidelse, og selvmord som en atferd utført av noen med en psykisk lidelse. Selv om psykiske lidelser er en faktor som er med på å utløse selvmord, må vi ikke glemme at selvmord ikke bare begås av psykisk syke.

Uavhengig av årsaken til pasientens selvmordsatferd er det vanskelig å unngå selvmord i psykisk helsevern. Det er viktig at dette blir understreket. Ikke for å alminneliggjøre det, men fordi en har godt av å høre at sånn er det faktisk. Dette blir bekreftet av Lars Mehlum som i et intervju med Bøhle (2004) sier at selv om vi forbedrer rutiner og skjerpe regler, må vi erkjenne at selvmord ikke alltid kan hindres. Noen pasienter klarer vi ikke å redde uansett hva vi gjør i behandlingen. Selvmord ved psykisk sykdom er ikke nødvendigvis et nederlag eller en feil i behandlingen. Det kan en ikke si at noen har skyld i, av og til må behandlerne tørre å si det til de pårørende.

En kan ikke sikre seg mot selvmord. En må ha en åpenhet og være forberedt på at det kan skje (Lander & Nesje, 2004). Likevel skal hvert selvmord som skjer under behandling granskes og

vi skal være kritiske til oss selv. Det er viktig at ikke klinikere skygger banen når det gjelder god behandling av de aller sykeste. Vi må balansere for ikke å stigmatisere disse pasientene ytterligere sier Mehlum (i Bøhle, 2004). En behandler Grad og Michel (2005) snakket med uttalte «vi er ikke ansvarlige for å ta avgjørelsen for et annet menneske, om det vil leve eller dø, men vi er ansvarlige for å snakke med pasienten, følge opp og støtte de på veien». Flere av informantene opplevde det som godt å høre at behandlerne hadde støttet dem i at det de hadde gjort var riktig.

5.3 Relasjonens betydning

Som sykepleier er en opptatt av å skape gode relasjoner på jobb, både med pasienter og pårørende. Noen får en bedre kontakt med enn andre (Bøe & Thomassen, 2007). Likeverd, anerkjennelse og samarbeid er tre grunnleggende elementer som er med på å skape relasjoner i psykisk helsearbeid. For at relasjonen skal oppleves som god må den som søker hjelp oppleve at den får det (Karlsson & Borg, 2013).

Den relasjonen en har til pasienten er betydningsfull. Helsepersonellets følelsesmessige binding til pasienten kan henge sammen med hvor sterk reaksjonen blir etter selvmordet (Hendin, 2006). Dette bekrefter informantene. Flere mente de hadde en god relasjon til pasienten og at de kjente han godt. De syntes det var personlig trist, som det å miste en de var glad i. Det er en opplevelse jeg også kan relatere meg til. Jeg kjente meg mer knyttet til denne pasienten fordi vi hadde hatt en god relasjon, og jeg følte at forholdet var gjensidig. Dermed ble det ekstra sårt at det var akkurat henne som tok livet sitt. En relasjon oppstår ikke av seg selv, men skapes som et resultat av samhandling mellom to personer (Røkenes & Hanssen, 2012). Det er ikke ansatte som ensidig har ansvar for å skape relasjonen (Bøe & Thomassen, 2007). Mennesker søker seg til andre som liker dem, og pasienter kan til en viss grad velge det personalet de tillater at hjelper dem (Borg & Topor, 2007). Hjort (2006) understreker at en ikke kan, eller skal, la være å engasjere seg eller føle for pasienten, så lenge det ikke blir slik at behandleren blir pasientens eneste grunnlag for å leve.

Noen av informantene beskrev at de ikke kjente pasienten så godt, eller kjente seg spesielt knyttet til vedkommende. De uttrykte at de dermed følte mindre etter at pasienten tok sitt liv. Tap kan oppleves nærere når en har en god relasjon. En av informantene mente at det var greit at sykepleiere sørger over å ha mistet en pasient i selvmord, at det er normal sorg. Sorg

og tristhet etter et selvmord, kan være prisen en må betale for ikke lenger å ha mulighet til å kunne møte en pasient som en gjennom et samarbeid har blitt glad i (Vråle, 2014). Jo mer involvert helsepersonellet er i pasienten og jo lenger forholdet har vart, desto verre kan det oppleves som en følelse av forgjeveshet i forhold til arbeid med pasienten (Larsen, 2012).

5.3.1 Relasjonen til pårørende

Helsepersonells relasjon til pårørende kan være betydningsfull etter et pasientselvsmord. Samtidig vil pårørendes holdninger til sykehuset også være av betydning. Informantene mente at relasjonen med pårørende virket inn på hvordan de opplevde selvmordet. Hvis de hadde hatt god kontakt med pårørende, var det lettere og indentifiserte seg med dem, og selvmordet ble nærere emosjonelt. Hvis relasjonen med etterlatte pårørende opplevdes som dårlig, eller anklagende, kunne dette spille en rolle for hvordan de reagerte og håndterte situasjonen. Det er ikke uvanlig og oppleve angst i forhold til hva pasientens pårørende kan komme til å uttrykke (Grad, 1999). Hvis hendelsen har gjort en usikker på seg selv, kan en lett frykte de etterlattes sinne (Anneberg, 2002). Det vil være naturlig for etterlatte pårørende å stille spørsmål til om det ble gjort noe galt, eller om det var varselsignaler som sykehuset burde oppfattet. Hvis de opplever at behandleren ikke forstod eller gjorde nok, eller at sykepleieren sviktet i sitt arbeid kan de lettere bebreide sykehuset for dødsfallet (Ilner, 2012). Det kan også være at ved å klandre behandleren unngår etterlatte pårørende å vedkjenne seg egen skyldfølelse (Hendin, 2006). To av informantene hadde opplevd både gode og dårlige relasjoner til de pårørende og beskrev hvordan det preget deres opplevelse av hendelsen, og pårørendes sorgprosess. Spesielt skyldfølelsen ble tydeligere når pårørende anklaget sykehuset for ikke å ha gjort en god nok jobb.

Informantene hadde forståelse for at etterlatte pårørende kunne være kritiske til sykehuset eller føle at det ikke var utført en god nok jobb. De innså at støtte fra pårørende etter pasientselvsmord ikke er en selvfølgelighet. I mange tilfeller opplever helsepersonell å få en fin relasjon med etterlatte pårørende etter pasientens selvmord. I en undersøkelse utført av Hendin et al. (2000) svarte nesten alle behandlerne som deltok at de hadde opplevd at pårørende til den avdøde ikke hadde vært kritiske overfor dem. De hadde heller vist takknemmelighet for den hjelpen de hadde ytt. Dette bekreftes også av flere av informantene i min studie, som opplevde pårørende som støttende og takknemlige for arbeidet som ble gjort med pasienten. En av informantene beskrev at pasientens pårørende hadde vært kritiske rett

etter selvmordet og spurt: «Men passet dere ikke på han?», noe hun syntes var svært forståelig. Senere hadde de pårørende vist forståelse for at det ikke kunne være så lett for personalet heller. Informanten påpekte at de pårørende selvsagt ikke har noen plikt til å ivareta helsepersonell, men at det var godt å oppleve støtte fra dem.

Få av informantene hadde deltatt i pasientens begravelse. Dette hang sammen med både relasjon til pasienten og relasjon til de etterlatte pårørende. At helsepersonell som jobbet med avdøde deltar i begravelsen kan være en fin gest, men dette bør klareres med familien først da ikke alle ønsker å ha noen fra sykehuset tilstede (Sakinofsky, 2007). Møte med pårørende, og deltakelse i begravelse, oppleves og beskrives forskjellig. Noen opplever gjensidig anerkjennelse, mens andre opplever urimelig bebreidelse, noe som kan komplisere sorgprosessen (Tilman gjengitt etter Larsen, 2012 s. 17). Selv om det er anbefalt at helsepersonell deltar i begravelsen til den avdøde, viser forskning at det er under 30 % som faktisk gjør det (Wurst et al., 2010). Selv valgte jeg ikke å dra i begravelsen til pasienten som tok sitt liv. Personlig hadde jeg et stort behov for det, men den sterke skyldfølelsen og redselen for at pårørende ikke ville ha meg der gjorde at jeg lot være.

5.4 Tilbake på jobb, frykt for å oppleve det igjen

Det å komme tilbake på jobb igjen etter selvmordet, var for noen av informantene en påkjenning. De beskrev at det ble en påminner hver gang de kom på jobb eller gikk forbi åstedet, enten i form av tanker eller bilder. Å oppleve minner fra hendelsen eller flashbacks kan bidra til konsentrasjonsvansker, angst og søvnproblemer (Lander & Nesje, 2004). Informantene i min studie kjente på en usikkerhet i ettertid og var blitt mer nervøse på jobb. Etter selvmordet ble de mer observante og nøye i sine oppgaver. De forsøkte å oppnå oversikt for å kjenne seg tryggere. Å tenke tilbake på en slik situasjon kan vekke ubehagelige og intense følelser (Grad, 1999). Det kan være vanskelig å returnere til arbeidsplassen da påtrengende minner og tanker kan opptre uanmeldt. Disse kan settes i gang av ytre stimuli som direkte, indirekte eller symbolsk minner om hendelsen (Dyregrov, 1990).

Noen av informantene nevnte at de var blitt mer observante når det kom inn pasienter med samme type problematikk som avdøde. De var blitt mer på vakt og stolte ikke nødvendigvis på en pasient som sa at han ikke kom til å ta livet sitt. Til forskjell fra tidligere var informantene nå mer klar over og forberedt på at det kunne skje. Samtidig kjente de på en

usikkerhet i forhold til hvordan de ville håndtert situasjonen om de opplevde det på nytt. Om de kom til å håndtere det. Hendin et al. (2000) har gjort lignende funn i sin studie. Her svarte deltakerne at de var blitt mer klar over faren etter selvmordet, og at de nå var mer alarmerte, oppmerksomme og sensitive til muligheten for at det kunne skje igjen. Etter en slik hendelse er det ikke uvanlig at en er i beredskap. Da kan en oppleve kroppslig uro og irritabilitet grunnet aktivisering i nervesystemet. En kan da være overdrevent vaksom, ha økt mental beredskap og reagere med skvettenhet på noe som kan forbindes med det som skjedde (Lander & Nesje, 2004). Dette var også min erfaring. Etter selvmordet var jeg mer på vakt og nøyere i mine observasjoner. Jeg sjekket heller pasienter en gang for mye enn en gang for lite. En av informantene i min studie beskrev at hun ble veldig aktivert etter selvmordet og mente det kom til å ta tid før hun kunne stole på seg selv igjen.

5.5 Oppfølging

Hvilket oppfølgingstilbud informantene fikk varierte. Dette kan ses i sammenheng med hvilken tilknytning de hadde til hendelsen og deres relasjon til pasienten. Hvordan oppfølgingen etter et selvmord ledes og organiseres kan ha stor betydning (Vråle, 2014). Det er anbefalt å innkalle til et personalmøte rett etter selvmordet. Da får en informert resten av personalet om det som har skjedd og lagt en plan for hvordan en kan støtte de berørte, og de andre pasientene. I tillegg bør en tenke på håndtering fremover, for å unngå alvorlige følger av saken, som for eksempel at noen kopierer selvmordet (Sakinofsky, 2007).

5.5.1 Prosedyrer og retningslinjer

Når personal blir berørt av et selvmord bør de møtes med en aktiv og oppsøkende holdning. Institusjonen bør ha en egen oppfølgingsplan og rutiner for hvordan denne skal gjennomføres, slik at tiltakene igangsettes automatisk. Her er det ledelsen på den enkelte psykiatriske enhet som har en nøkkelrolle (Lander & Nesje, 2004). En slik oppfølgingsplan er med på å bevisstgjøre helsepersonell på det faktum at en pasient kan ta sitt liv, spesielt i arbeid med selvmordsnære (Grad, 1999). Samtlige av informantene ble tilbudt gruppesamtaler i etterkant av selvmordet. Gruppene varierte i størrelse. De fleste ble også tilbudt samtale med enhetsleder eller avdelingssykepleier utenom allmøtene, men ikke alle benyttet seg av dette.

De fleste av informantene opplevde at det ble en kort samling med de involverte ganske snart etter selvmordet. Her fikk de snakket ut om opplevelsen og sine reaksjoner. En slik samling handler om å gi emosjonell førstehjelp, og er første fase i kriseoppfølgingen. Det er viktig at en ikke leter etter en syndebukk i denne fasen (Weisæth & Kjeserud, 2007).

Personalets følelsesmessige behov kan ivaretas ved at alle får komme med sin opplevelse og sine reaksjoner (Lander & Nesje, 2004; Ilner, 2012;). Et selvmord kan føre til traumer og angst. Det er derfor viktig at helsepersonell bearbeider sine reaksjoner etter selvmordet (Hjort, 2006). Gruppestress-debrief er en forlengelse av den emosjonelle førstehjelpen og er en gjennomgang av selvmordet for de som var til stede (Weisæth & Kjeserud, 2007).

Informantene opplevde at det etter et par dager ble arrangert et større møte som dette. På noen avdelinger var møtet kun for de som var involverte i hendelsen, på andre avdelinger ble møtet arrangert for alt av personal som var tilknyttet pasienten. Heller ikke her skal man søke etter å finne feil. Det er viktig at alle involverte i hendelsen deltar på møtet, men ikke alle trenger å si noe (Weisæth & Kjeserud, 2007). En må vie nok oppmerksomhet til personer som kanskje sitter på spørsmål knyttet til skyld, ansvar og om det var noe de kunne gjort annerledes (Ilner, 2012). Det er ikke slik at alle reagerer likt, og personalet kan ha ulike behov avhengig av hvilken relasjon de har hatt til pasienten (Lander & Nesje, 2004; Grad & Michel, 2005). En realistisk gjennomgang kan føre til et mer realistisk syn på faglige begrensninger og gi forsoning (Ilner, 2012). En psykologisk autopsi er oppfølgingens siste ledd og er beskrevet av informantene som nyttig etter selvmordet (se kapittel 5.5.2).

Det finnes ingen retningslinjer for hvor lenge oppfølgingen skal foregå (Sakinofsky, 2007). Å se noen dø kan medføre sterke etterreaksjoner i lang tid og et behov for å forlenge oppfølgingen utover det planlagte (Dyregrov, 1990). De fleste av informantene opplevde ikke at det var noen ordentlig avslutning på oppfølgingen, men at det ble lagt opp til hver enkelt å be om samtale ved behov etter de første møtene. Det var kun en av informantene som fikk oppfølging ut over de samlingene som ble holdt i nærmeste tid etter selvmordet. Hun beskrev det som god oppfølging, og at det var nyttig i forhold til at det var noen som var villige til å høre på det hun hadde å si. Hun opplevde det som veldig fint å få plassert vekk de tankene som kom opp igjen og at enhetsleder hadde satt av så mye tid til henne. Det kan være greit med et fleksibelt organisatorisk opplegg slik at en kan legge til rette for den enkeltes behov (Lander & Nesje, 2004; Grad & Michel, 2005; Larsen, 2012).

5.5.2 Hva hjelper etter en slik hendelse?

På spørsmål om hva som hjalp informantene til å komme videre etter selvmordet, var det spesielt tre ting som ble nevnt i min studie. Det å komme raskt tilbake i jobb og få fortsette hverdagen som vanlig, oppfølging og støtte fra kolleger, og en gjennomgang av hendelsen for å finne ut hva som hadde skjedd. Disse tre tingene finner vi igjen i studien til Grad og Zavasnik. De intervjuet behandlere som hadde mistet en pasient i selvmord. Studien avslørte at 14 % mente det å fortsette arbeidet som vanlig hadde hjulpet, 56 % mente at det å snakke med en av sine nærstående hadde vært til hjelp, mens 5 % følte det hjalp å få en gjennomgang av hendelsen, for å få en oversikt, og svar på hvorfor vedkommende tok sitt liv (Grad og Zavasnik, 1998 i Grad, 1999).

Komme tilbake på jobb.

Flere av informantene beskrev at det hadde vært viktig for dem å komme raskt tilbake på jobb igjen. Rett etter selvmordet var flere tilbake på jobb, men uten pasientansvar. Da hadde avdelingen leid inn ekstra personal slik at det ble mindre press på hver enkelt. Informantene beskrev at det opplevdes godt og ha noen rundt seg. En av informantene sa at det å komme tilbake til hverdagen, til det normale, hadde hjulpet henne i flere slike vanskelige situasjoner. Hun påpekte at da slapp hun å sitte hjemme og gruble, men fikk tankene litt på avstand. Samtidig fikk hun møtt alle igjen med en gang. Dette er tanker jeg også kjenner meg igjen i. Det var viktig for meg å komme tilbake på jobb neste dag og arbeide mitt vanlige skift. I Grads (1999) studie fant hun at det var flest menn som var ivrige etter å komme i arbeid igjen med en gang, mens de fleste av kvinne hadde større behov for å bli trøstet etter selvmordet. I min studie fremhevet informantene at noe av det fine ved å være tilbake på jobb var all støtten de fikk av kollegene. Dermed ble det å komme tilbake på jobb, slik jeg vurderer det, et dobbelt hjelpetiltak for noen.

Kollegial støtte

Lander og Nesje (2004) fremhever betydningen av å få støtte fra kolleger og mulighet til å dele med seg av sin erfaring. Det hjelper å få reflektert over egne følelser og reaksjoner sammen med andre mennesker, enten en til en eller i gruppe (Grad, 1999). Informantene påpekte at det var et godt miljø for å snakke sammen på jobb og understreket hvor viktig det var med støtte i eget fellesskap. Selv om dette ikke var en del av den obligatoriske

oppfølgingen var dette svært betydningsfullt. Forståelse, støtte og hjelp er det som kan bidra til å gjenvinne balansen (Grad 1999). I undersøkelser hvor en har spurt behandlere hva som har hjulpet, har flertallet svart at det var avgjørende å ha mulighet til å snakke om opplevelsene og ventilere følelser, med kolleger eller veiledere. Dette gjaldt begge kjønn (Grad, 1999; Larsen, 2012). Det påpekes i flere studier at kollegial støtte er uhyre viktig for å få bearbeidet belastningene etter pasientselv mordet, og for å kunne gå videre (Hendin et al., 2000; Hjort, 2006). Hjort (2006) har egen erfaring på området. Hun oppdaget hvor viktig det var med kollegers støtte i sorgarbeid etter et selvmord, for å få bearbeidet traumer og våge å fortsette arbeidet med selvmordstruede mennesker. Flere av informantene påpekte at det var til stor hjelp å kunne møte de andre og selv fortelle hva som hadde hendt. Det er uformell kollegial støtte som fremstår som den viktigste støtten og må derfor ikke undervurderes (Lander & Nesje, 2004). Det kan være betydningsfullt at en kollega er på tilbudssiden, da den som er berørt ikke alltid selv innser sitt behov for omsorg (Waern, 2003). Støtte fra kolleger og ledere som tidligere hadde opplevd en slik hendelse, eller som erkjente at de kunne komme til å erfare det selv, ble opplevd som mer betydningsfull hjelp enn når ledere snakket om at alle hadde gjort alt rett og at ingen hadde skyld i selvmordet. Slike trøstende ord ble kun oppfattet som hyggelige fraser og tomme gester (Grad, 1999; Hendin et al., 2000). Kollegial støtte var noe jeg savnet i oppfølgingsfasen etter selvmordet. Vi var bare tre personale til stede da selvmordet skjedde og ingen av de andre ble tilsynelatende veldig berørt av hendelsen. Det var jeg som fant pasienten, og det var jeg som var ansvarlig sykepleier den vakten. Det føltes som om jeg ble sittende igjen alene som den eneste med skyldfølelse. Jeg opplevde også de trøstende ordene fra lederen min kun som hyggelige fraser. I begynnelsen var det vanskelig å tro at han helt ærlig mente at jeg ikke var skyld i selvmordet.

Psykologisk autopsi

Informantene synes alle det var nyttig å få snakket om det som hadde skjedd og hvordan de hadde opplevd situasjonen, men flere av informantene savnet en gjennomgang av pasientens sykdomshistorie og hendelsesforløpet, da de mente at dette kunne ha stor nytteverdi. En psykologisk autopsi er en viktig faktor for mange etterlatte helsepersonell etter et selvmord. Hvor en etter at de første følelsene og reaksjonene har lagt seg, får en systematisk og detaljert gjennomgang, og ser på omgivelsene rundt selvmordet (Lander & Nesje, 2004; Iner, 2012; Larsen, 2012; Vråle, 2014). En av informantene savnet en gjennomgang av de faglige vurderingene som hadde blitt gjort i forhold til pasienten. Hun så nytten i å få historien

gjennomgått som en case slik at en kan lære av hendelsen. Vråle (2014) bekrefter at det er lettere å identifisere feil og mangler når en ser tilbake på selvmordet. I en behandlingsprosess kan en gjøre vurderinger annerledes enn en kanskje ville gjort dem i ettertid. Gjennomgangen bør utføres på en åpen og undrende måte hvor det er balanse mellom støtte til etterlatte helsepersonell og hjelp til å se hva som kunne vært annerledes. I en slik kritisk gjennomgang bør ikke fokuset være på skyld og hva en ikke har gjort (Lander & Nesje, 2004; Hjort, 2006; Larsen, 2012; Vråle, 2014), men en skal heller ikke bagatellisere og ignorere det som kunne vært annerledes (Lander & Nesje, 2004). Diskusjonen vil kunne handle om to ting. På den ene siden er selvmord uunngåelig, men på den andre siden skjer selvmord fordi vi gjør faglige feil, vurderinger og diagnostiseringer, eller ved svikt i empatisk støtte. En må kunne se de realistiske begrensningene det er i behandlingen og i det å forutsi et selvmord (Lander & Nesje, 2004). Flere av informantene opplevde behov for å komme tilbake til historien og spørre hvorfor vedkommende gjorde det. En slik gjennomgang gir mulighet for å lære av hendelsen samtidig som en får økt sin personlige og profesjonelle innsikt (Lander & Nesje, 2004). Det er den læringsprosessen hvor en får vite alle omstendigheter rundt en situasjon, som best letter skyld og selvtvil, og hjelper en å komme seg videre (Hendin et al., 2000).

5.6 Tenke på det i dag

Informantene beskrev at de i ulik grad hadde kommet over selvmordet, men at de fortsatt tenkte på hendelsen, uavhengig av hvor lenge siden det hadde skjedd. Om ikke daglig, så av og til.

Det er viktig å skille mellom minner og «flashbacks». Å tenke tilbake på en hendelse som har skjedd for lang tid tilbake trenger ikke nødvendigvis å være usunt. Det kommer an på hvordan en håndterer det. Tidligere har etterlatte pårørende blitt fortalt om «sørgeåret». At ett år etter selvmordet vil en føle seg mindre berørt og ikke tenke så mye på det lenger. Dette er en myte som for lengst er avkreftet. Det som skjer for de fleste er at sorgen endrer karakter, slik at den blir lettere å leve med (Anneberg, 2002). Det betyr ikke nødvendigvis at den forsvinner. Dersom tankene ikke er plagsomme eller går ut over daglige gjøremål behøver det ikke være negativt. Informantene beskriver ulike årsaker som kunne utløse tankene. En kunne bli minnet på hendelsen ved å være på bestemte plasser eller hvis det ble snakk om selvmord eller selvmordsforebygging, eller når de lette etter en pasient. Informantene mente det var lettere å ta minnene frem mer bevisst nå og også legge de bort hvis de dukket opp. De informantene

som hadde opplevd flere selvmord beskrev at opplevelsen av et nytt selvmord trigget tanken på det forrige. Slik opplever jeg det selv også. Når det er snakk om selvmord kommer tankene og følelsene fra den første opplevelsen tilbake. En av informantene understreket at det er en opplevelse en aldri kommer til å glemme.

6 OPPSUMMERING

Hensikten med studien har vært å belyse hvordan sykepleiere på en psykiatrisk akuttpost beskriver sin erfaring og opplevelse av å miste en inneliggende pasient i selvmord.

Selv mord i psykisk helsevern bør ikke aksepteres som en løsning, men en må være forberedt på at det kan skje. Uansett hvor mye vi forsøker å forebygge selvmord vil det likevel være en del av den menneskelige tilværelsen. Derfor er god ivaretagelse av etterlatte helsepersonell etter selvmord så viktig. I studien har vi sett at briefing er viktig for å oppnå en god debrief. Briefing hjelper sykepleierne til å forberede seg på risikoen for selvmord, noe som gjør en bedre rustet til å håndtere krisen når den oppstår. I tillegg kan den forebygge langvarige reaksjoner. Sykepleiere er etterlatte på samme måte som pårørende. Forhåpentligvis vil denne studien kunne bidra til å normalisere at helsepersonell også blir berørt etter et selvmord.

6.1 Opplevelse

Studien viser at etterlatte helsepersonell opplever flere av de samme reaksjonene som etterlatte pårørende etter et selvmord. Selv om sykepleierne var klar over risikoen for selvmord ved å jobbe med mennesker i krise, kom likevel dødsfallet som et sjokk på de fleste. Sjokk, sorg, skyld og sinne er de fire vanligste reaksjonene. Informantene beskrev også reaksjoner som tristhet, selvbebreidelse, hjelpeløshet og frykt for å bli klandret. Flere opplevde å tvile på seg selv og miste tiltroen til egne evner, da de følte at de ikke hadde gjort en god nok jobb. I tillegg til emosjonelle reaksjoner finnes det andre konsekvenser som kan gi utfordringer for helsepersonell etter et selvmord. Eksempelvis forventes det at helsepersonell fortsatt er profesjonelle i yrkesrollen og skal klare å ivareta andre midt i egen sorg.

Selv mord blir nesten alltid betraktet som noe en skulle forutsett og forebygget. Det er få andre tilfeller som gir så sterk skyldfølelse enn når en pasient en har ansvar for mister livet. Det å ha mislykkes i en relasjon en har engasjert seg i kan oppleves som en har sviktet sitt ansvar. Informantenes erfaring var at det etiske ansvaret de er satt til å forvalte kan de ikke kvitte seg med. De bekreftet at det var godt å oppleve støtte fra andre som påpekte at noen pasienter klarer en ikke å redde uansett om en forbedrer rutiner og skjerpe regler.

Studien viser at den relasjonen en har til pasienten er betydningsfull. Sterke reaksjoner etter et selvmord henger ofte sammen med den følelsesmessige bindingen til pasienten. De informantene som opplevde å ha en god relasjon til pasienten synes det var personlig trist, som å miste en de var glad i. De informantene som beskrev at de ikke kjente pasienten så godt, eller kjente seg spesielt knyttet til vedkommende sa de ikke reagerte så mye etter at pasienten tok sitt liv. Vi ser at tap kan oppleves nærere når en har en god relasjon og at det er normal sorg å sørge over å ha mistet en pasient i selvmord. Studien viser også at sykepleiernes relasjon til pårørende er betydningsfull etter et pasientselv mord. Hvis en har god kontakt med pårørende kan tapet oppleves nærere. Informantene påpekte at de pårørende selvsagt ikke har noen plikt til å ivareta helsepersonell, men at de fleste likevel opplevde å få støtte fra dem.

Å komme tilbake på jobb etter et selvmord er for mange en stor påminnelse om hendelsen. Vi ser at en slik opplevelse gjør sykepleiere mer oppmerksomme og på vakt i ettertid. Flere av informantene var blitt mer nervøse etter hendelsen, for at det kunne skje igjen

6.2 Oppfølging

Et selvmord kan føre til traumer og angst. Det er derfor viktig at helsepersonell bearbeider sine reaksjoner. I studien ser vi at det oppfølgingstilbudet informantene fikk, varierte. Oppfølgingen etter en krise kan deles inn de tre stadier: emosjonell førstehjelp, gruppestress-debrief og psykologisk autopsi. I oppfølgingen er det viktig at personalets følelsesmessige behov ivaretas og at alle kan få komme med sine reaksjoner. Det er individuelt hvordan informantene opplevde at disse fasene ble gjennomført på deres avdeling. Dette kan ses i sammenheng med ulike rutiner for oppfølging, men også i forhold til den tilknytningen informantene hadde til hendelsen. Det er heller ikke slik at alle reagerer likt, og personalet kan ha ulikt behov for oppfølging avhengig av hvilken relasjon de hadde til pasienten.

Hvordan oppfølging etter et selvmord ledes og organiseres kan ha stor betydning. Hver institusjon bør ha en egen oppfølgingsplan og rutiner for hvordan denne skal gjennomføres, slik at tiltak igangsettes automatisk. I tillegg bør oppfølgingsplanen si noe om hvordan helsepersonell som mister en pasient i selvmord kan komme til å reagere, slik at en er mer forberedt på hva en kommer til å trenge. Oppfølgingsplanen må være fleksibel nok til å ivareta den enkelte. Det finnes ingen retningslinjer for hvor lenge oppfølgingen skal foregå.

Studien viser at informantene ikke opplevde at det var noen ordentlig avslutning på oppfølgingen, men at det ble lagt opp til hver enkelt å be om samtale ved behov etter de første møtene.

Studien kan konkludere med tre tiltak som sykepleierne mente hjalp dem å komme seg videre etter selvmordet. Det å komme raskt tilbake i jobb og få fortsette hverdagen som vanlig, oppfølging og støtte fra kolleger, og en gjennomgang av hendelsen for å finne ut hva som hadde skjedd. Informantene understreket hvor viktig det var med støtte i eget fellesskap. Selv om dette ikke var en del av den obligatoriske oppfølgingen var dette svært betydningsfullt. Informantene påpekte at en psykologisk autopsi var nyttig for å få en ordentlig gjennomgang av hendelsesforløpet, men flere oppga at de ikke fikk tilbud om dette. En kritisk gjennomgang kan ha stor nytteverdi og gir sykepleierne mulighet for å lære av hendelsen samtidig som en får økt sin personlige og profesjonelle innsikt. Studien kan konkludere med at selvmord hos inneliggende pasient er en opplevelse en aldri kommer til å glemme og at flere av informantene fortsatt, av og til, tenker på hendelsen i dag.

6.3 Veien videre

Det er for mange en traumatisk opplevelse å miste en pasient i selvmord. Hvis en ikke har opplevd dette før er det vanskelig å vite hva en trenger av oppfølging. Selv om ingen av informantene uttrykte veldig klart i intervjuet at de var misfornøyde med oppfølgingen, ble alle usikre og dvelte ved spørsmålet om den oppfølgingen de hadde fått var god nok. Flere svarte at det ikke var lett å vite hva en trenger, eller hvilke konsekvenser det senere kan gi for en. Dette bekrefter at det er et behov for en nasjonal veileder for oppfølging av hjelpere etter selvmord. En slik veileder vil også være nyttig for andre yrkesgrupper som arbeider med å ivareta mennesker, eksempelvis ansatte i fengsel eller sosialtjenesten.

Videre mener jeg at en del av denne oppfølgingen burde vært obligatorisk og innenfor en satt tidsramme. Gjerne opp til et år. Studien viser at informantene fortsatt tenker på hendelsen i dag, flere år senere. Det bør derfor legges til rette for en langvarig oppfølging for de som har behov for det. Kanskje trenger ikke alle dette, men noen, og da kan det være godt å slippe og måtte ta initiativ til en slik samtale selv. Det er lettere å tilby hjelp enn å be om hjelp. I tillegg vet vi at terskelen for å be om hjelp ofte er høyere for de som arbeider i hjelpeyrker.

Min erfaring fra praksis i klinikken er at hvis en spør noen som har mistet en pasient i selvmord om å fortelle om det, så sier de sjelden nei. Behovet for å snakke om det er ofte til stede. Det sier noe om hvor preget en blir av en slik opplevelse. En burde ikke være redd for å si at dette fortsatt er noe en tenker på, eller blir preget av, kanskje er det godt å vite at andre helsepersonell også har det slik. Det er det enkelte selvmord som har betydning og det bør gis anledning til at en kan vise personlige følelser også i en profesjonell setting.

Etterord

Etter arbeidet med denne masteren sitter jeg først og fremst igjen med en opplevelse av at jeg har lært mye. Både om fagfeltet suicidologi, men også om meg selv. Det har vært en spennende, utfordrende og givende prosess.

Som jeg skrev innledningsvis var siste gang jeg så min pasient da hun ble overført til medisinsk overvåkning. Der lå hun i kunstig koma i ti dager, før de koblet fra respiratoren. Jeg besøkte henne aldri på medisinsk overvåkning i respekt for de pårørende. Jeg dro heller aldri i begravelsen hennes i frykt for hva de pårørende ville si. Jeg følte meg skyldig i selvmordet og ønsket ikke å trække noen på tærne ved å møte opp.

Det har ikke gått opp for meg før nå at jeg aldri har fått tatt ordentlig farvel og avsluttet min relasjon til pasienten. Arbeidet med denne studien har fått meg til å innse at dette har vært en del av min bearbeidelsesprosess etter selvmordet. Jeg har endelig kommet frem til en verdig avslutning og et punktum på min historie.

Nok en gang vil jeg rette en takk til informantene.

Takk for at dere delte med dere av deres historier, tanker og følelser. Dere har hjulpet meg til å innse at selv om jeg var ansvarlig for pasienten, så var det hennes valg.

Nå vet jeg har det ikke var min skyld.

Og jeg har bestemt meg.

Jeg skal besøke graven hennes i dag.

Litteraturliste

- Anneberg, I. (2002). *Sorgen ved selvmord*. København: Høst & Søn.
- Bang, S. (2003). *Rørt, rammet og rystet: faglig vekst gjennom veiledning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Borg, M., & Topor, A. (2007). *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid: om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bøhle, S. (2004). *Å ville døden sterkere enn livet: om depresjon, selvmord og etterlattes situasjon*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dieserud, G. (2005). Suicidalitet hos pasienter - faglig utfordring eller utenfor psykologens kompetanse? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42(6), 489-490.
- Dieserud, G. (2006). Psykologisk perspektiv på selvmordsatferd. *Impuls*(1), 23-31.
- Dyregrov, A. (1990). Hjelperes psykologiske reaksjoner under og etter katastrofer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*(27), 255-265.
- Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (2007). *Sosial nettverksstøtte ved brå død: hvordan kan vi hjelpe?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Grad, O. (1999). Helsepersonell som etterlatte ved selvmord. *Suicidologi*, 4(3), 16-17.
- Grad, O., & Michel, K. (2005). Therapists as Client Suicide Survivors. *Women & Therapy*, 28(1), 78-81 DOI:10.1300/J015v28n01_06
- Helsedirektoratet. (2011). *Etter selvmordet: Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord*. (Veileder IS-1898/2011). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2011). *Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*. (Veileder IS-1810/2011). Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer/Publikasjoner/veileder-for-psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helsetilsynet. (2011a). *Meldesentralen: meldinger om uønskede hendelser rapportert fra psykisk helsevern*. (Rapport fra helsetilsynet nr 1/2011). Hentet fra

- https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2011/helsetilsynetrapport1_2011.pdf
- Helsetilsynet. (2011b). *Meldesentralen: årsrapport 2010*. (Rapport fra helsetilsynet nr 7/2011). Hentet fra http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2011/helsetilsynetrapport7_2011.pdf
- Hendin, H., Lipschitz, A., Maltzberger, J.T. Haas, A.P. & Wynecoop, S. (2000). Therapists' Reaction to Patients' Suicides. *American Journal of Psychiatry*, 157(12), 2022-2027.
- Hendin, H., Haas, A. P., Maltzberger, J. T., Szanto, K., & Rabinowicz, H. (2004). Factors Contributing to Therapists' Distress After the Suicide of a Patient. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1442-1446.
- Hendin, H. (2006). Terapeuter som etterlatte ved selvmord. *Suicidologi*, 11(3), 26-29.
- Hjort, H. (2006). Den etterlatte terapeuten. *Suicidologi*, 11(2), 3-6.
- Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ilnes, S. O. (2012). *Akuttpsykiatri*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Krogh, G. v. (2005). *Begreper i psykiatrisk sykepleie: sykepleiediagnoser, ønsket pasientstatus og sykepleieintervensjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kåver, A. (2012). *Allianse: den terapeutiske relasjonen i KAT*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lander, H., & Nesje, I. (2004). Selvmord i psykiatriske døgninstitusjoner: reaksjoner og oppfølging blant personalet. *Suicidologi*, 9(2), 19-21
- Larsen, K. (2012). "Det verste som kan skje.....". Profesjonelles reaksjoner på selvmord hos pasienter. *RVT Øst*.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mehlum, L. (1999). *Tilbake til livet: selvmordsforebygging i teori og praksis*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

- Mellesdal, L., Mehlum, L., Wentzel-Larsen, T., Kroken, R., & Jørgensen, H. A. (2010). Suicide Risk and Acute Psychiatric readmissions: A Prospective Cohort Study. *Psychiatric Services*, 61(10), 25-31.
- Mjøsund, N. H. (2003). *Selvordsvurdering i psykiatrisk akuttpost i et sykepleieperspektiv. Fra fotfølging til hyppig tilsyn : Hvordan bidrar sykepleiere i en felles vurdering av selvmordsnære pasienter?* (Masteroppgave, Universitetet i Oslo, Norge).
- Nilssen, V. L. (2012). *Analyse i kvalitative studier: den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk sykepleierforbund (NSF). (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Personopplysningsloven. (2000). *Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)*. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)*. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Retterstøl, N., Ekeberg, Ø., & Mehlum, L. (2002). *Selvord -et personlig og samfunnsmessig problem*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sakinofsky, I. (2007). The aftermath of Suicide: Managing Survivors' Bereavement. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(1), 129-136.
- Shneidman, E. (1985). *Definition of suicide*. New York: Wiley.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. (Veileder IS- 1511/2008). Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvord-i-psykisk-helsevern/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvord-i-psykisk-helsevern.pdf>

- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (Spesialisthelsetjenesteloven)*. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Statistisk sentralbyrå. (2013a). *Dødsårsaker, 2012*. Hentet 27.april.2014 fra <http://www.ssb.no/helse/statistikker/dodsarsak/aar/2013-11-01?fane=tabell&sort=nummer&tabell=145831>
- Statistisk sentralbyrå (2013b). *Selvmord, etter kjønn, alder, dødsårsak, tid og statistikkvariabel*. Hentet fra <https://www.ssb.no/statistikbanken/selectout/ShowTable.asp?FileformatId=2&Queryfile=201443033217442793858SelvmordMaate&PLanguage=0&MainTable=SelvmordMaate&potsize=48>
- Sudak, H. (2007). Encountering Patient Suicide: The Role of Survivors. *Academic Psychiatry*, 31(5), 333-335.
- Svendsen, E. H. (2005). Å miste en pasient i selvmord. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42(6), 512-514.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Vatne, M. (2006). Psykiatriske sykepleieres forståelse av eget ansvar i arbeid med selvmordsnære pasienter. *Vård i Norden*, 26(1), 30-35.
- Vråle, G. B. (2009). *Møte med det selvmordstruede mennesket*. Oslo: Gyldendal akademiske
- Vråle, G. B. (2014). Bekymringer som blir bekreftet. Om helsepersonells opplevelser når en pasient tar sitt eget liv. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(1), 3-12.
- Vråle, G. B., & Mjøsund, N. H. (2005). Å fotfølge pasienter innebærer kontroll. Men kan også gi mulighet for veiledning og dialog. *Sykepleien*, 93(5), 68-70.
- Waern, M. (2003). När patienten väljer döden. Suicid hos den egna patienten - ett traume för läkaren. *Läkartidningen*, 100(24), 2140-2143.
- Weisæth, L., & Kjeserud, R. (2007). *Ledelse ved kriser: en praktisk veileder*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wurst, M. F., Mueller, S., Petitjean, S., Euler, S., Thon, N., Wiesbeck, G., & Wolfersdorf, M. (2010). Patient Suicide: A Survey of Therapists' Reactions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(4), 328-336.

Vedlegg

Vedlegg 1: Retningslinje for selvmord, dødsfall og andre alvorlige hendelser
– oppfølging i avdelingen, OUS

Vedlegg 2: Informasjonsskriv om studien

Vedlegg 3: Samtykkeskjema

Vedlegg 4: Intervjuguide

Vedlegg 5: Godkjenning fra NSD